



Association de patients
Vivre sans Thyroïde
Forum de discussion /Conférence-Débat

Cancers thyroïdiens

Prise en charge

Nouveautés

Dr Slimane ZERDOUD
Institut Universitaire du Cancer Toulouse -
Oncopole

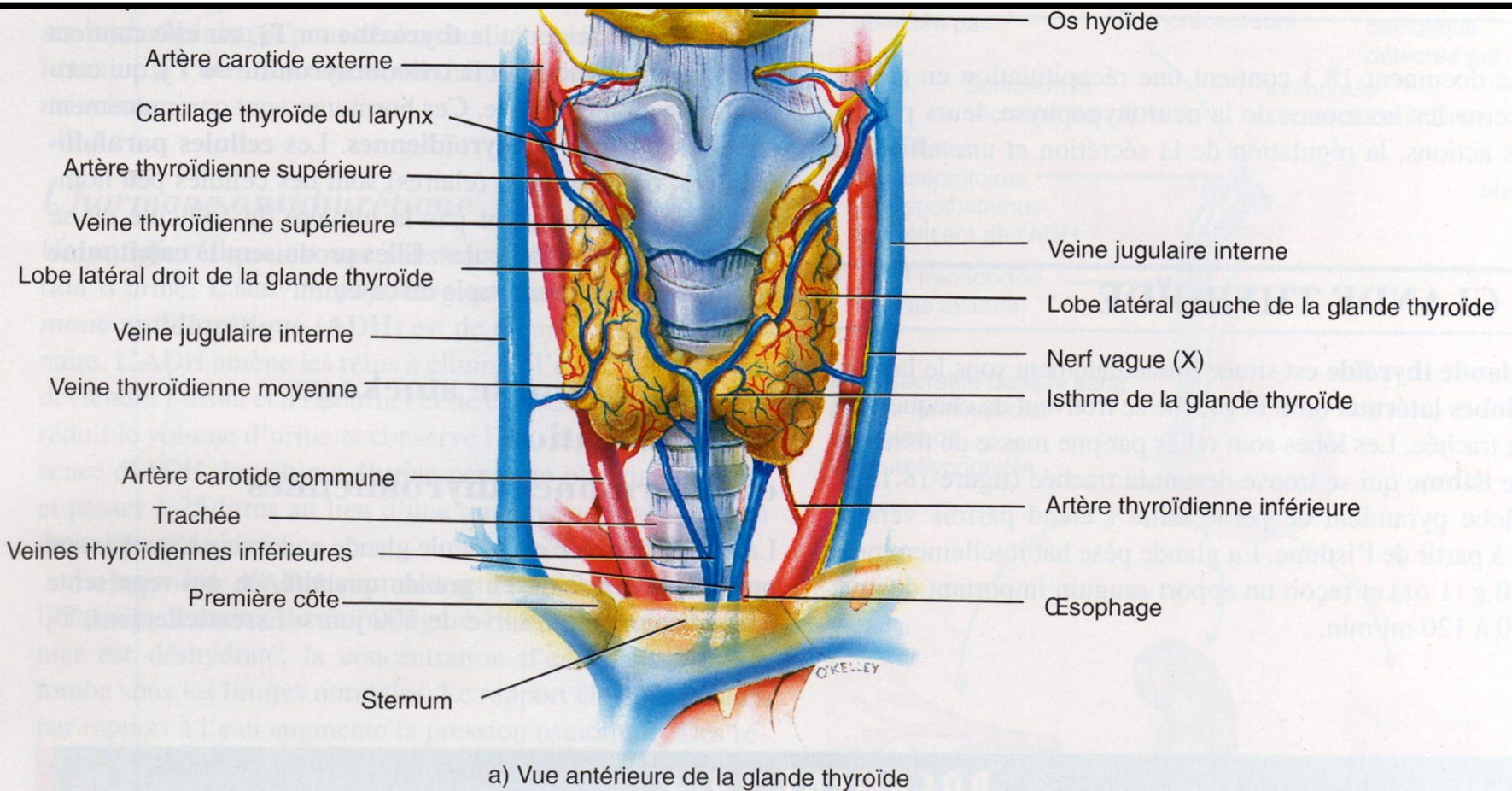
1 avenue Irène Joliot-Curie
31059 TOULOUSE Cedex 9
zerdoud.slimane@iuct-oncopole.fr
Tél : 00 335 311 556 28



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DU CANCER DE TOULOUSE
Oncopole



Tout commence par la chirurgie



Les interventions



1. Loboisthmectomie :
nodule unique soit < 2 cm
ou extemporanée différée
2. Thyroïdectomie totale :
extemporanée différée
3. Thyroïdectomie totale
avec curage : cancer avéré

Cancers et curages

1. **CENTRAL** uni ou bilatéral de principe **si cancer connu (extemporanée ou cytologie Bethesda 6)**

ESTMABL 3 (Dr D. Hartl)

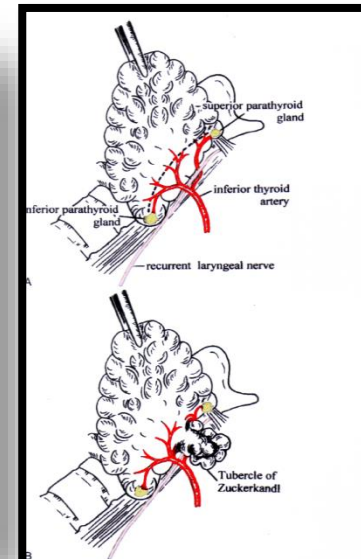
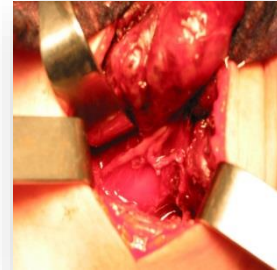
2. **LATÉRAL** :

1. pas de curage de principe
2. uniquement si ganglion positif connu avant chirurgie avéré (cytoponction avec Tg sur liquide rinçage).

Si possible en un seul temps opératoire car reprise centrale difficile (morbidité)

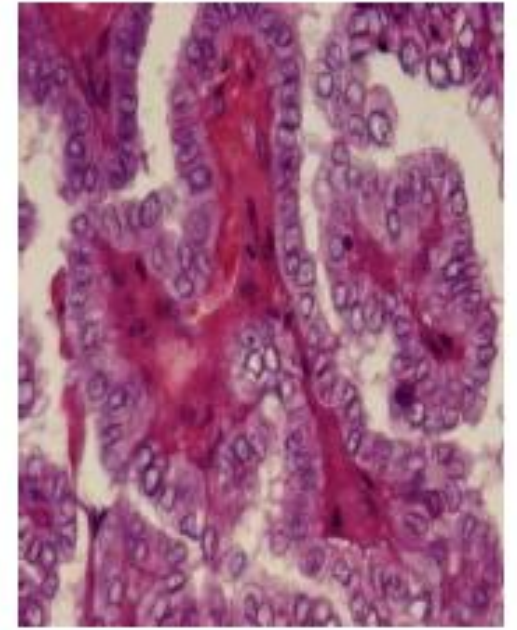
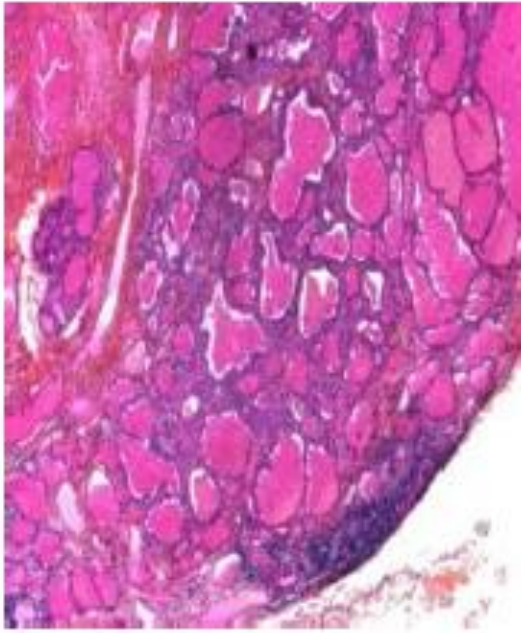
Les risques spécifiques principaux

1. Nerfs laryngés inférieurs
2. Nerfs laryngés externes (sup)
3. Parathyroïdes



Risques opératoires

1. Hémorragie : 2 à 5%
2. Paralyse récurrentielle
 - ❖ Provisoire < 10%,
 - ❖ Définitive : 0.5 à 2.4%
3. Nerf laryngé supérieur : 0.3 à 2%
4. Hypoparathyroïdie
 - ❖ Provisoire < 30%,
 - ❖ Définitive < 3.5%
5. Infection (<1%)

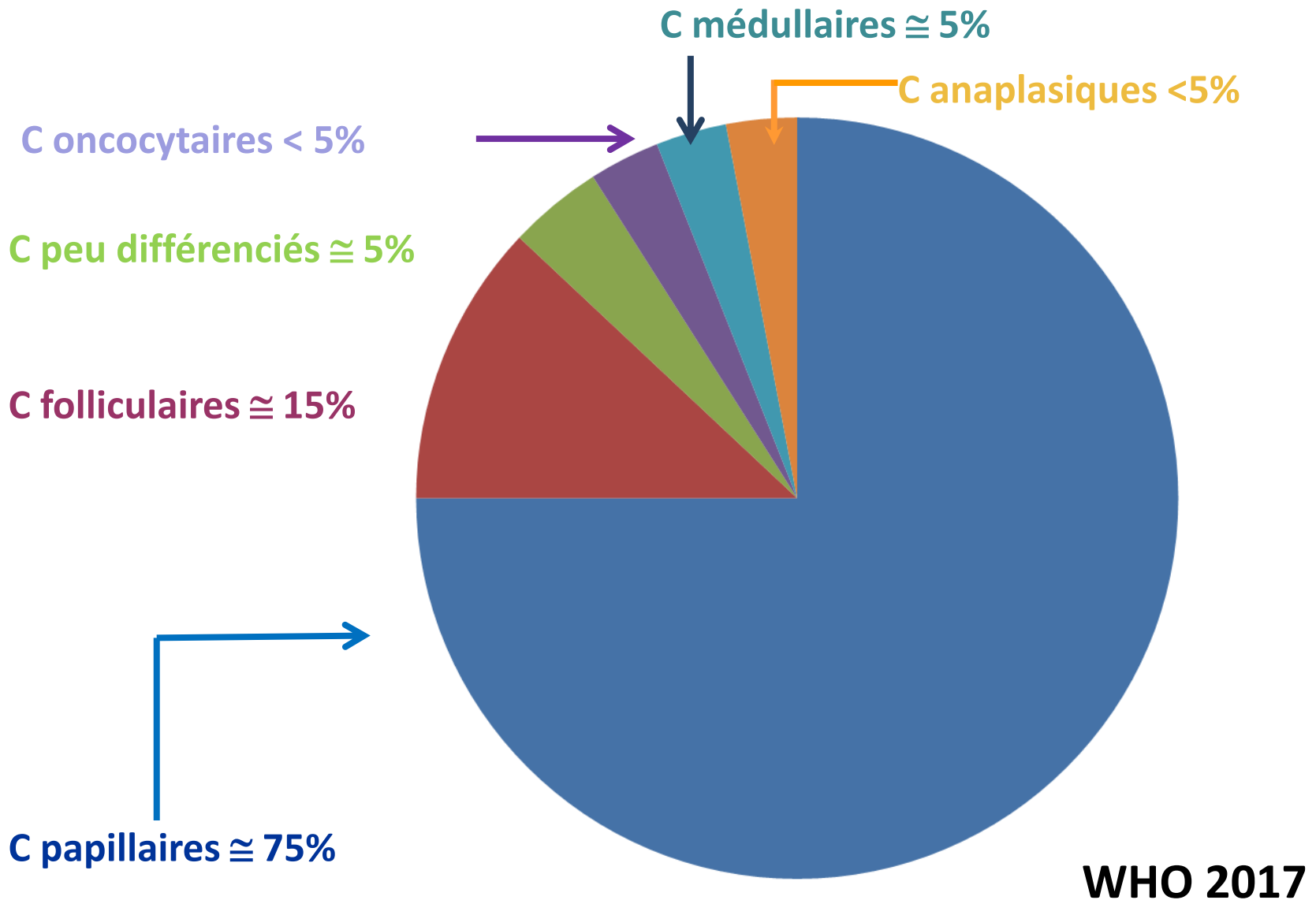


Anatomie pathologie

Histologie des Cancers de la Thyroïde

- Cancers de souche folliculaire
 - Carcinomes bien différenciés
 - Papillaires
 - Folliculaires
 - Oncocytaires
 - Peu différenciés
 - Cancers Indifférenciés = Anaplasiques
- Cancers Médullaires de la thyroïde
- Autres

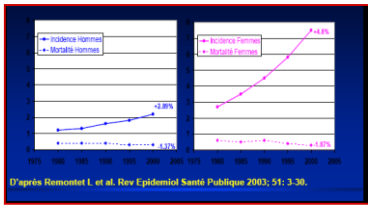
Histologie des Cancers de la Thyroïde



Notions d'épidémiologie



Généralités



Cancers Thyroïdiens

- 1 % de tous les cancers
- Cancer endocrinien le plus fréquent

En France :

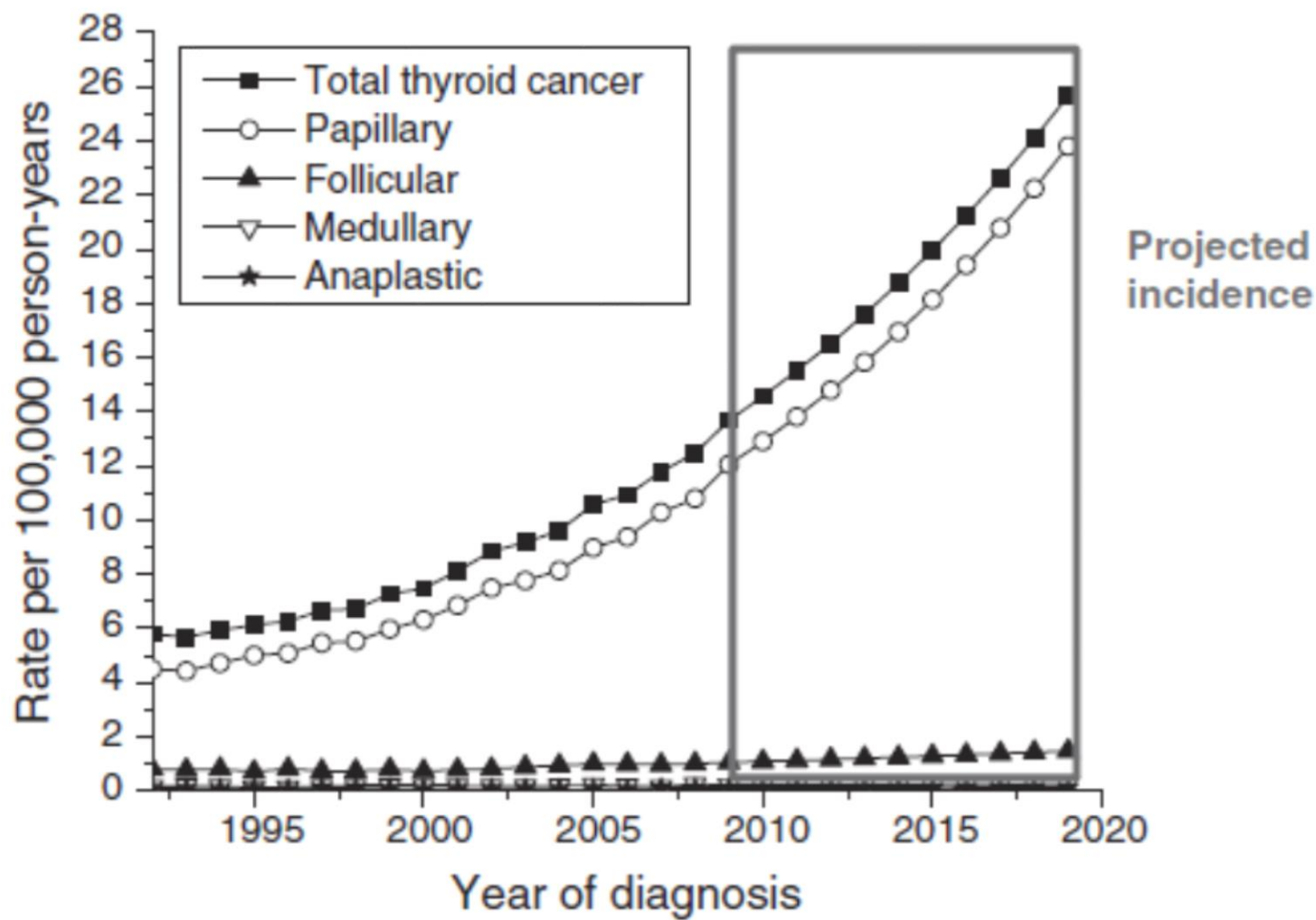
≅ 4000 à 7000 Nvx cas / an,
≅ 350 (5%) décès par cancer / an

Personnes suivies pour cancer de la thyroïde :

250 000 en Europe, 300 000 au USA et 80 000 en France.

Causes des cancers thyroïdiens

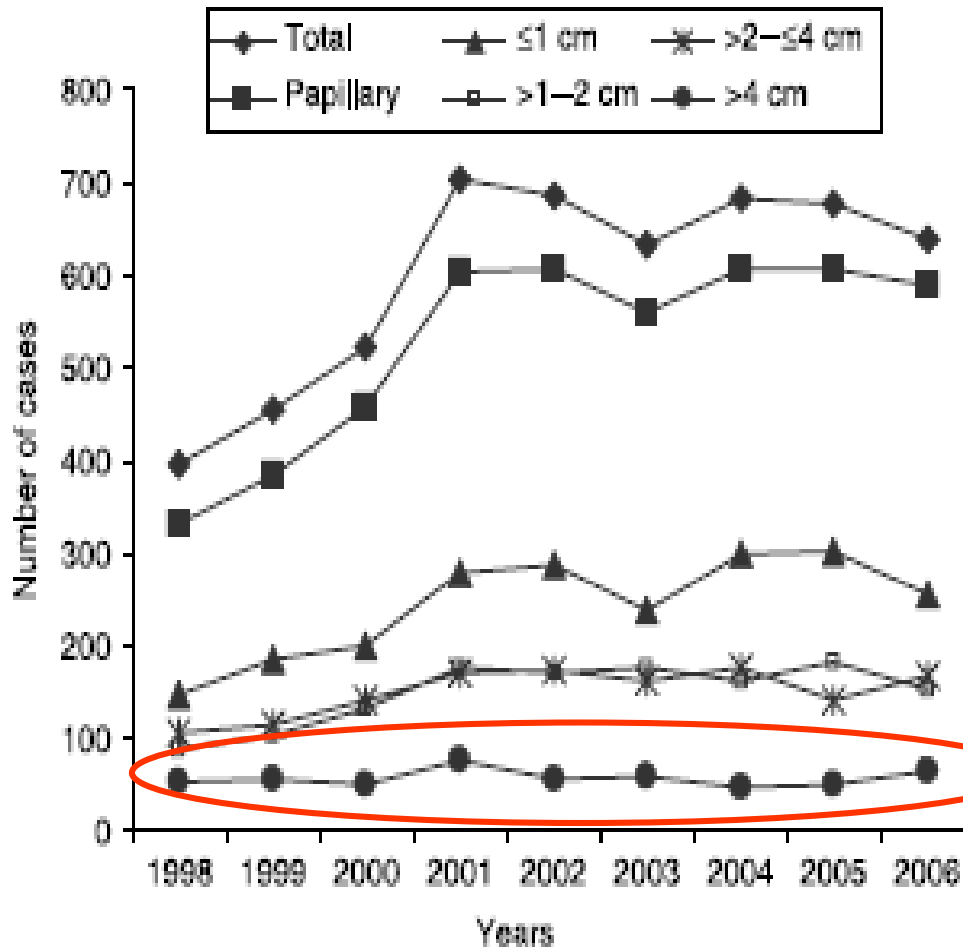
- Seule cause démontrée : Expositions aux radiations ionisantes des enfants
- Si carences Iodée : proportions plus importante des cancers de type vésiculaire, même incidence globale des cancers thyroïdiens



Incidence et étendue de la maladie

Augmentation apparente de l'incidence des cancers thyroïdiens

➤ Sexe et âge confondus



➤ L'incidence des petites tumeurs augmente.

➤ T3–T4: incidence stable $\sim 10\%$

➤ Métastases à distance : $< 10\%$.

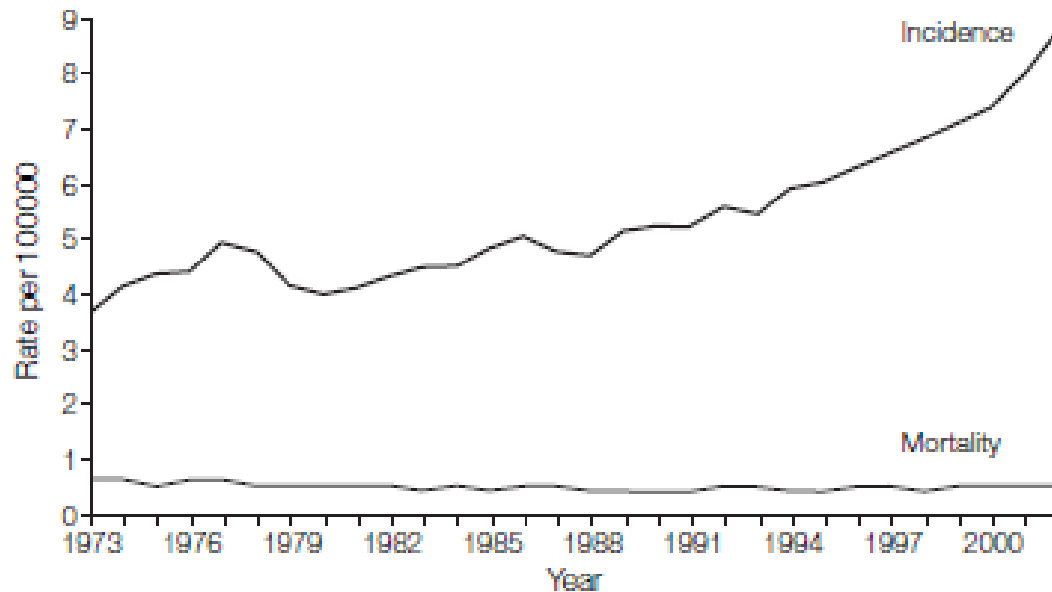
➤ Cancer réfractaires : 350 cas/an en France

➤ Différencié : 200 cas

➤ Médullaire: 50 cas

➤ Anaplasique: 100 cas

Mortalité et Incidence des cancers de la thyroïde



< 1/100 000

Percent Surviving
5 Years

97.9%

2005-2011

Number of new cases: 13.5 per 100 000 men and women per year

Number of deaths: 0.5 per 100 000 men and women per year

Prevalence in the US: 601 789 patients

Le Traitement par l'Iode 131

Traitement isotopique à visée thérapeutique / ablatif

➤ Thérapeutique

- Irradier la maladie résiduelle pour guérir le patient: augmentation de la survie sans progression et de la survie

➤ Ablative

- Détruire le reliquat thyroïdien restant pour obtenir un taux plasmatique de thyroglobuline indétectable et faciliter la surveillance ultérieure
- Irradier les cellules cancéreuses résiduelles pour diminuer le risque de rechute
- Réaliser une scintigraphie corps entier pour diagnostiquer la maladie résiduelle

Historique de l'utilisation de l'IODE 131



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Médecine Nucléaire
Imagerie Fonctionnelle et Métabolique

Médecine Nucléaire 41S (2017) S1–S22

Recommandations

Traitement par iode 131 des cancers thyroïdiens différenciés : recommandations 2017 des sociétés françaises SFMN/SFE/SFP/SFBC/AFCE/SFORL

Radioactive iodine therapy for differentiated thyroid cancer: 2017 guidelines of the French Societies of Nuclear Medicine, Endocrinology, Pathology, Biology, Endocrine Surgery and Head and Neck Surgery

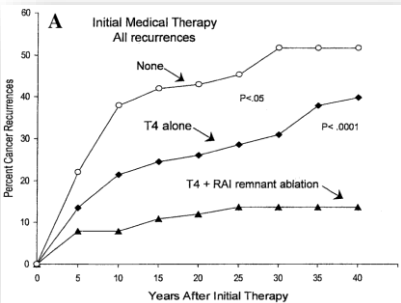
S. Zerdoud^{a,*}, S. Leboulleux^b, J. Clerc^c, L. Leenhardt^d, C. Bournaud^e, A. Al Ghuzlan^f, I. Keller^g, S. Bardet^h, A.-L. Giraudetⁱ, L. Groussin^j, F. Sebag^k, R. Garrel^l, P.-J. Lamy^{m,n}, M.-E. Toubert^o, É. Mirallié^p, E. Hindié^q, D. Taïeb^{r,*}

Cancers de mauvais PC

ETA 2006
SFE 2008
ATA 2009

Mazzaferri et al 1997 : Iode 131
↓ les récurrences et ↑ la survie

ATA 2015 : Iode 131 non recommandé pour la majorité des patients



Facteurs pronostiques de rechute

- **Taille tumorale**
- **Extension extra thyroïdienne**
- **Envahissement ganglionnaire**
 - **Nombre de ganglions envahis**
 - **Nombre de ganglions avec extension extra-capsulaire**
 - **Taille des métastases ganglionnaires**
- **Critères histologiques**
 - **Type histologique**
 - (Cellules hautes, cylindriques, trabéculaires, sclérosant diffus)
 - **Angioinvasion**
 - **Nécrose**

**Nécessité de déterminer les sous
groupes de patients qui bénéficient des
traitements par iode 131**

Quel risque de récurrence ?

ATA 2015



- Ext. Extrathyroïdienne importante
- R+
- M1
- N+ > 3 cm

> 20%

Risque élevé



- Histologie agressive
- Extension extrathyroïdienne minime
- Invasion vasculaire
- > 5 N+ (0,2-3 cm)

< 20%

Risque intermédiaire



- Intrathyroïdien
- < 5 µN+ (< 0,2 cm)

< 5%

Risque faible



Données anatomo-pathologiques

Récidives

CFT, invasion vasculaire	30-55 %
pT4a extension extrathyroïdienne sévère	30-40 %
N1 avec extension extra-ganglionnaire	40 %
CPT > 1 cm mutation de TERT +/- BRAF muté	> 40 %
N1, dont une adénopathie > 3 cm	30 %
CPT extrathyroïdien, mutation BRAF +	10-40 %
CPT avec envahissement vasculaire	15-30 %
N1 clinique	20 %
N1 > 5 adénopathies envahies	20 %
CPT intrathyroïdien < 4 cm, BRAF muté	10 %
T3 avec extension extrathyroïdienne mineure	3-8 %
N1, tous < 0,2 cm	5 %
N1 ≤ 5 adénopathies envahies	5 %
CPT intrathyroïdien 2 à 4 cm	5 %
Microcarcinome papillaire multifocal	4-6 %
N1 ≤ 3 adénopathies envahies	2 %
CFT à invasion capsulaire mineure	2-3 %
Intrathyroïdien < 4 cm, BRAF non muté	1-2 %
Microcarcinome intrathyroïdien unifocal, BRAF muté	1-2 %
CPT variant folliculaire encapsulé intrathyroïdien	1-2 %
Microcarcinome unifocal	1-2 %

Fig. 1. Classification 2014 des cancers thyroïdiens de l'ATA, selon le risque de récurrence.



Les patients ne sont pas tous les mêmes



**Faible
Risque**

**Risque
Intermédiaire**

**Haut
Risque**

**Prise en charge
« intensive »
et
surveillance
attentive**



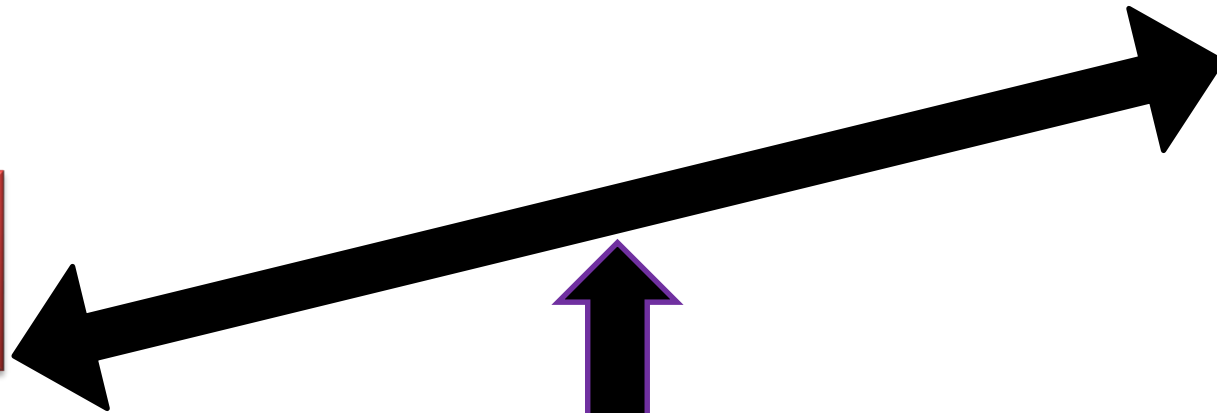
**Haut
Risque**

Bénéfices attendus
sur la :

- Mortalité
- La récurrence
- La maladie résiduelle

Permet de limiter et de réduire
les complications liées à la :

- chirurgie,
- iode 131
- et la freination de la TSH



**Faible
Risque**



Prise en charge la moins
« agressive » possible et
Surveillance « allégée »

Administration post-op d'131-I (reco 54 et 55)

Ablation

Adjuvant

Traitement du Cancer

NO RAI

1100 MBq/rhTSH

3700 MBq/rhTSH

3700 MBq/sevrage

pT1a N0/Nx

pT1b-T2 N0/Nx
pT3>4cm N0/Nx

pT3 ETE N0/Nx

pT1-3 N1a-N1b :
fonction du nombre,
taille, EEC, siège des N1

pT4 or M1

Tg faible, écho normale

Tg élevée



**Merci pour votre
attention**