



# Les cancers de la thyroïde

DR. BOUCHENNA

SERVICE ENDOCRINOLOGIE, HCA

# I. INTRODUCTION :

- c'est des cancers rares, 1% de l'ensemble des cancers.
- Concerne 10% des nodules opérés.
- Reste en général de **bon pronostic**.

## II. EPIDEMIOLOGIE:

- Augmentation incidence du fait de l'amélioration des moyens diagnostiques au dépend des microcarcinomes.
  - Sexe ratio: 4 femme/ 1 homme.
  - Age de survenue: surtout 40-60ans, touche toutes les catégories.
  - **Facteurs de risque:** principalement
    - > **antécédents d'irradiations cervicales.**
    - > **antécédents familiaux de cancers de la thyroïde.**
- Mais aussi: syndrome de Gardner, cowden, carney

### III. ANATOMO-PATHOLOGIE:

80% se dvp au dépend du **follicule** = **carcinome papillaire**.

- Hormono-sensible à la TSH.
- Fixation iode.
- Production de la thyroglobuline : Tg.
- Aspect anapath: contours sinueux, aspect en verre dépoli, empilement en tuile de toit, pseudo-inclusions.
- Regroupent: -> **cancers vésiculaires**: bien, moy ou peu différenciés
  - > **cancers papillaires**: pur ou associé a une une composante vésiculaire.

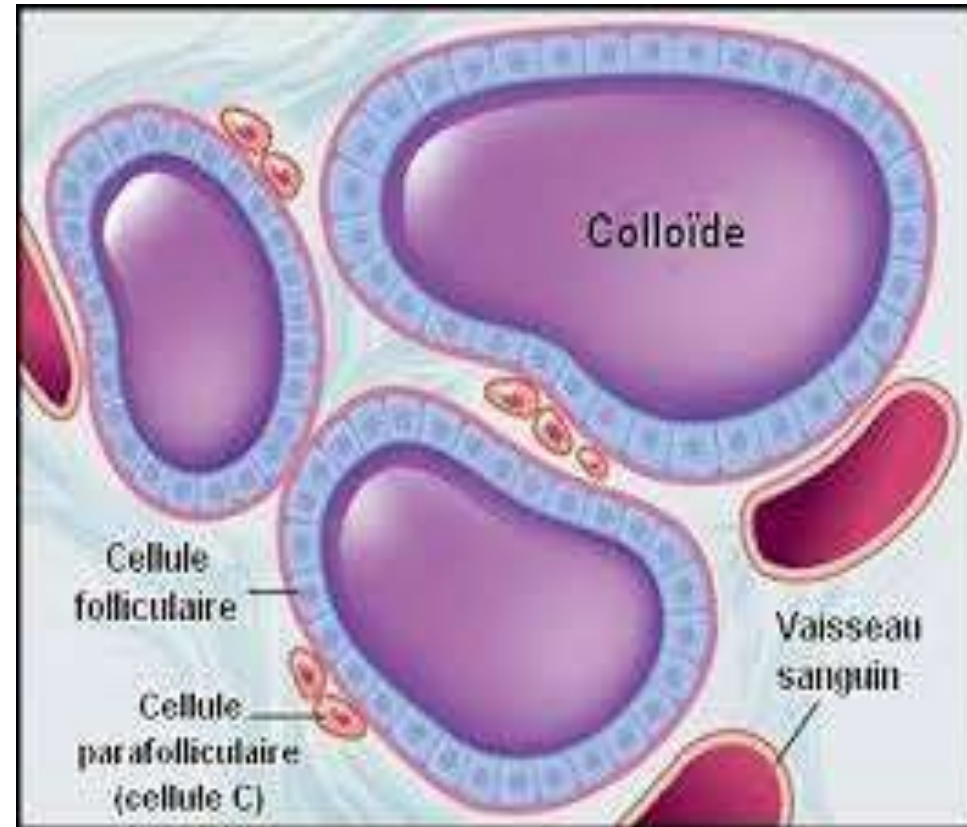
### III. ANATOMO-PATHOLOGIE:

10% se dvp au dp des **cellules C parafolliculaire**:

**Cancers médullaires** de la thyroïde qui secrètent la thyrocalcitonine TCT

**Cancers anaplasiques** ou indifférenciés: perte aspect du papillaire

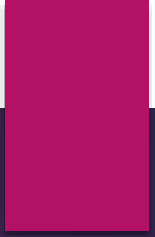
Plus rare: lymphome, sarcome.



## IV. CANCERS DIFFERENCIES:

### 1- CLINIQUE:

- Circonstances de découverte: le plus souvent **fortuite**
  - > nodule suspect à l'échographie ou cytoponction.
  - > GMN
  - > plus rarement adénopathie métastatique ou à distance.
- Caractéristiques cliniques d'un nodule suspect: augmentation taille rapide, ovalaire, dur, fixe, contours irréguliers, présence d'adénopathies et signes compressifs (dysphonie- dyspnée- dysphagie).



**2- PARACLINIQUE:**

-**TSH:** normale le plus souvent.

-**Echographie cervicale:** un nodule est suspect si:

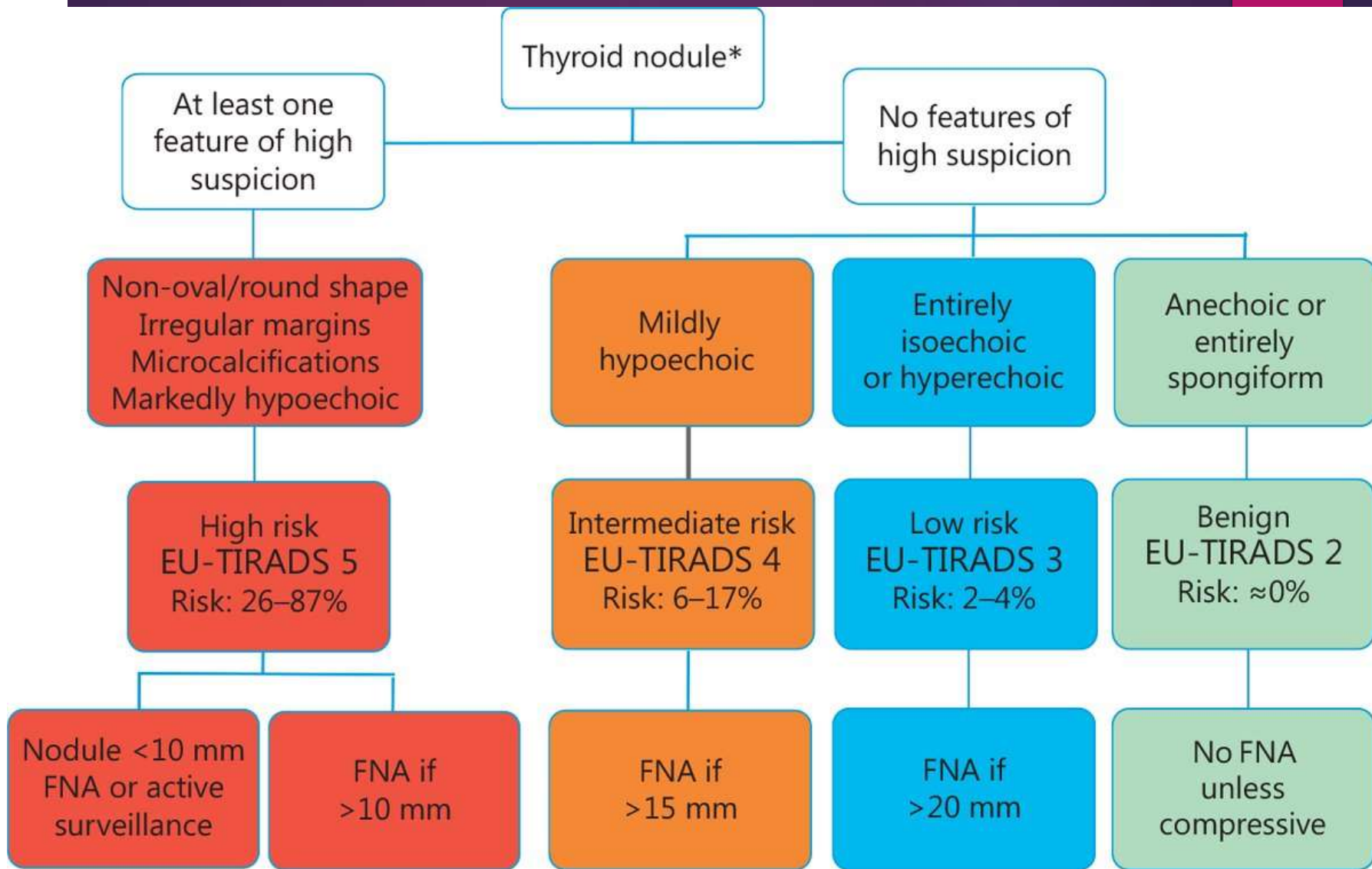
**Hypoéchogène**

Microcalcifications

Irréguliers

Plus haut que large

Adénopathies cervicales





# - Cytoponction:

Catégorie Bethesda	signification	Conduite à tenir
I	Non satisfaisant	Refaire la ponction dans 3 à 6 mois
II	Bénin	Suivi échographique dans 6 à 18 mois
III	Atypies /lésion folliculaire de signification indéterminée	Contrôle écho et nouvelle ponction dans 3 à 6 mois
IV	Suspicion de néoplasie folliculaire	Contrôle chirurgical
V	Suspicion de cancer	Contrôle chirurgical
VI	Cancer	Chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie.

### 3- PRIS

-> Chiru

Thyroïd

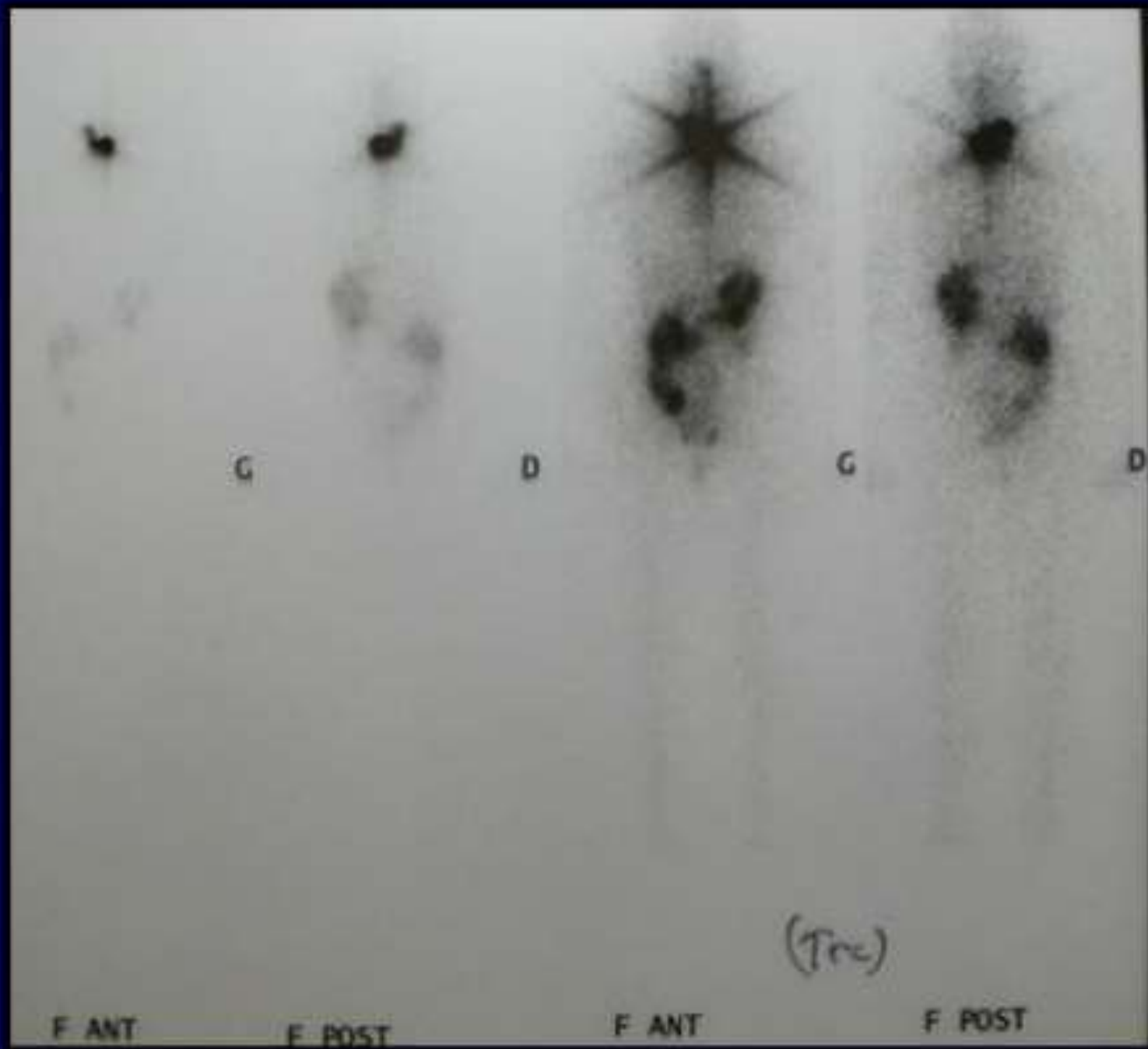
-> Irath

**Buts:**

- Détrui  
ultéri

- Traite  
micro

- Com  
théro



ance

OU

post

# CLASSIFICATION TNM2017

		pTNM 8 <sup>ème</sup> édition (2017)
T	T1a	T ≤ 1 cm (avec ou sans extension microscopique extrathyroïdienne)
	T1b	1 cm < T ≤ 2 cm (avec ou sans extension microscopique extrathyroïdienne)
	T2	2 cm < T ≤ 4 cm (avec ou sans extension microscopique extrathyroïdienne)
	T3	T3a: T > 4 cm (avec ou sans extension microscopique extrathyroïdienne)
		T3b: T > 4 cm (avec extension macroscopique aux muscles périthyroïdiens (sternocleido-, thyro- sterno- omo-hyoïdien))
	T4a	Quel que soit la taille avec extension extrathyroïdienne et invasion des tissus mous sous-cutanés, ou du larynx, ou de la trachée, ou de l'œsophage ou du nerf récurrent
	T4b	Quel que soit la taille avec extension extrathyroïdienne et invasion du fascia prévertébral, de la carotide ou des vaisseaux médiastinaux
N	N0	Pas d'envahissement ganglionnaire
	Nx	Statut ganglionnaire inconnu
	N1a	Envahissement ganglionnaire secteur VI ou médiastinal supérieur (VII)
	N1b	Envahissement ganglionnaire secteur latéral ou rétropharyngé
M	M0	Pas de métastase à distance
	M1	Métastase à distance

Pas d'iode



	TNM	Indication Irradiation	Modalités Irradiation
Haut risque	<ul style="list-style-type: none"><li>- Résection incomplète</li><li>- pT3b (extension musculaire macroscopique) tout N</li><li>- pT4 tout N</li><li>- N1 atteinte ganglionnaire sévère (au moins une métastase &gt; 30 mm)</li><li>- Carcinome vésiculaire ou papillaire avec invasion vasculaire &gt; 4 emboles</li><li>- M1</li><li>- Contingent histologique peu différencié</li></ul>	Recommandée en routine	Activité forte sevrage
Risque intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"><li>- PT2N0/Nx avec extension extrathyroïdienne minime</li><li>- pT3aN0/Nx avec ou sans extension extracapsulaire minime</li><li>- pT2/pT3aN1 avec atteinte centrale minime (&lt;5 ganglions et taille &lt; 2 mm)</li><li>- pT1a/pT1b/pT2/pT3aN1 avec atteinte intermédiaire à importante ( et ganglion &lt; 3 cm)</li><li>- Atteinte ganglionnaire clinique cN1</li><li>- Histologie péjorative: carcinome papillaire avec invasion vasculaire minime ( &lt; 4 emboles)</li></ul>	Recommandée	Activité fonction - Caractère R1 - Statut ganglionnaire rhTSH ou sevrage
Faible risque	<ul style="list-style-type: none"><li>- Carcinome papillaire pT2N0/Nx sans extension extrathyroïdienne</li><li>- Carcinome vésiculaire pT2/pT3 a avec invasion vasculaire minime ( &lt; 4 emboles) sans extension extrathyroïdienne</li><li>- pT1apT1bNONxN1 avec atteinte ganglionnaire centrale minime ou extension extrathyroïdienne minime</li></ul>	Recommandée	Faible activité rhTSH
	<ul style="list-style-type: none"><li>- pT1a multifocal &gt;1 cm NONx</li><li>- PT1aN0/NX avec extension extrathyroïdienne minime</li><li>- pT1b/NONx unifocal sans extension extrathyroïdienne</li><li>- Carcinome vésiculaire pT2pT3a sans embole vasculaire sans extension extrathyroïdienne</li><li>- NIFT &gt;4 cm ou doute sur l'exhaustivité de l'analyse de la capsule</li></ul>	Optionnel	Faible activité rhTSH
	<ul style="list-style-type: none"><li>- pT1A unifocal</li><li>- pT1a multifocal &lt; 1 cm NONx sans extension extrathyroïdienne</li><li>- NIFT &lt; 4 cm</li></ul>	Pas d'Irradiation	



CI: grossesse, allaitement.

Indication: selon risque de récidence.

Administration après **defreination**:

- Par arrêt du levothyrox pendant 1 mois.
- Par injection de TSH recombinante.

Respect des mesures de radio protection +++



-> Traitement hormonal: **substitutif et freinateur**

**Levothyrox à dose  $2\mu\text{g/kg/j}$  en moyenne**

Traitement à vie, doses adaptées selon les facteurs de risque du cancers et de **l'état cardiovasculaire et osseux.**

-> Chimio/ radiothérapie: peu efficace

Antityrosine kinase: cancers réfractaires (évolutifs)



#### 4- SURVEILLANCE: à vie

- Clinique: examen général et cou.
- Biologie: dosage de la **thyroglobuline Tg** (qui doit être inférieur à 1 ng/l).
  - Ac anti Tg et TSH
- Radiologie: échographie cervicale.
  - TDM, PET SCAN FDG : si récidence ou évolution





## 5- PRONOSTIC:

Le plus souvent de bon pronostic, surtout pour le **microcancer**.

### Facteurs de mauvais pronostic:

- Sexe masculin.
- Age > 55ans.
- Métastases à distance.
- Envahissement ganglionnaire.
- Types histologiques défavorables.



## V. Cancers médullaires de la thyroïde:

### 1- ANAPATH:

- 5 à 10% des cancers dvp cellule c sécrétant: **thyrocalcitonine**.
- 80% sporadique, 20% héréditaires (autosomique dominant) : isolé ou rentrant cadre des NEM, par mutation du proto-oncogène RET.

### 2- CLINIQUE:

- Sexe ratio: 1 femme/ 1 homme.
- Goitre, **signes extra-thyroïdiens**: **diarrhée motrice, bouffées vasomotrices**.

## - Signes de NEM:

### NEM2a: syndrome de sipple

Cancer médullaire-phéo -hyperparathyroïdie



### NEM2b: syndrome de Gorlin

Dysmorphie marphanoïde-neurinome-cancer médullaire- phéo





### 3- PARACLINIQUE:

**Dosage de la TCT ++ (pathologique si sup 10pg/ml)**

ACE: valeur pronostic.

Enquête génétique: recherche de la mutation du proto-oncogene: **RET**

### **DOSAGE DES DERIVES METHOXYLES PREOPERATOIRE**

**Bilan d'extension** si TCT > 150 ( ou 500 en préopératoire):

Echo cervicale, TDM thoracique, IRM hépatique, scintigraphie osseuse.



#### 4- TRAITEMENT:

**chirurgie+ curage ganglionnaire apres avoir éliminé un phéochromocytome (dosage des dérivés méthoxylés urinaire)**

radio/chimio: peu sensible.

**5- SURVEILLANCE:** clinique, radiologie, taux de TCT et d'ACE

**Recherche annuelle de phéo et d'hyperparathyroïdie**

# VI. Cancer anaplasique:

**1- anapath:** 1% des cancers thyroïdiens, carence iodée

- Absence de différenciation architecturale.
- Evolution **rapide**.

**2- clinique:**

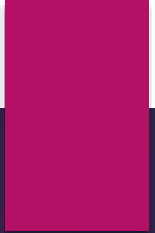
Femme > 60ans.

Evolution rapide, augmentation du vol, dureté pierreuse, fixée, mal limitée avec signes compressifs.

Présence d'adénopathies.

**3- Paraclinique:** écho cervicale, bilan thyroïdien, TCT

TLT, TDM thoracique, cytoponction



**4- pronostic:** mauvais.

**5- diagnostic différentiel:**

- Thyroïdite de Riedel.
- Lymphomes.

**6- traitement:**

- Chirurgie si possible (flambée, récurrence+++).
- Radio +/- chimiothérapie.
- Corticothérapie à forte doses.



**MERCI**