



Aspects épidémiologiques des cancers différenciés de la thyroïde

Razafinjatovo IM, Ratsimarisololo N, Rakotondralambo NR, Ramalanjaona HR,
Andrianera N, Rasata RA, Ranivontsoarivony M, Andriantsoa JR, Ahmad A

Introduction

Les cancers différenciés de la thyroïde sont des tumeurs malignes épithéliales de la souche folliculaire. Ils conservent certaines caractéristiques morphologiques et fonctionnelles en excluant les tumeurs provenant de la cellule C qui donnent naissance au carcinome médullaire de la thyroïde (1). Ils sont rares parmi les tumeurs malignes humaines (<1%) mais restent le cancer endocrinien le plus fréquent, et représentent plus de 90% des cancers de la thyroïde (2). Leur incidence s'est accrue au cours de dernières années surtout dans les pays développés. Les raisons de cette augmentation résident sur l'essor de l'échographie et de la cytoponction, la fréquence de la thyroïdectomie totale pour une pathologie banale entraînant la découverte de microcancers occultes, et le vieillissement de la population (3). Malgré cette forte recrudescence, la mortalité reste inchangée puisque bien traité, le taux de survie à 5 ans est estimé à plus de 95% (4). Avec cette forte recrudescence, beaucoup d'études ont été faites dans le monde pour évaluer l'incidence de ce cancer. A Madagascar, peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. Ce qui nous a incité à réaliser ce travail dont l'objectif est d'apporter une approche épidémiologique des cancers différenciés de la thyroïde à Madagascar.

Matériels et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique réalisée au service de médecine nucléaire du centre hospitalo-universitaire d'Andohatpenaka, du 01 janvier 2015 au 30 juin 2017 soit durant une période de 30 mois. Ont été inclus les patients porteurs de cancer différencié de la thyroïde prouvé histologiquement. Les patients ont été

adressés par les chirurgiens cervico-faciaux et thoraciques après une thyroïdectomie ou par les oncologues pour suite de prise en charge d'un cancer de la thyroïde. Les autres formes histologiques du cancer de la thyroïde (médullaire, anaplasique, lymphome,...) ont été exclues de ce travail.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons colligé 88 patients, soit en moyenne 3 nouveaux cas par mois. L'âge moyen de nos patients était de 43 ans avec des extrêmes de 11 et 69 ans. Les patients âgés de 50 à 60 ans et ceux de 40 à 50 ans étaient les plus touchés (35,22% et 29,54% respectivement). On notait une forte prédominance féminine (n = 64) avec un sex-ratio de 0,37.

Cliniquement, le goitre multinodulaire était présent dans 50% des cas (n = 44), suivi

d'un nodule solitaire dans 23,86% des cas (n = 21). Des adénopathies latéro-cervicales ont été inaugurales de la maladie chez 06 patients (6,82%); le reste était non précisé (19,32%).

Sur le plan biologique, 75 patients (88,64%) étaient en euthyroïdie contre seulement 10 (11,36%) en hyperthyroïdie.

Le carcinome de type papillaire prédominait dans 73,87% des cas (n = 65) dont 13,64% sous forme de microcancers

(n = 12). Les carcinomes vésiculaires ne représentaient que 26,14% des cas (n=23).

Le siège de la tumeur était au niveau du lobe droit chez 29 patients (32,95%), 33 au niveau lobaire gauche (37,50%), 8 de

façon bilatérale (9,09%) et 4 au niveau de l'isthme (4,55%). Dans le reste des cas (n=14), il n'était pas précisé dans le compte rendu anatomo-pathologique (Figure 1).

Discussion

Le cancer différencié de la thyroïde ne constitue pas un problème de santé publique au regard de sa faible incidence, de son pronostic favorable et de sa faible mortalité. Pourtant, il fait l'objet d'une attention croissante, justifiée par l'augmentation de son incidence, par la connaissance des facteurs pronostiques permettant de prédire le devenir des patients et par le progrès récent des outils de surveillance (5).

Durant 30 mois, nous avons colligé 88 patients porteurs d'un carcinome différencié de la thyroïde. Notre effectif ne peut être représentatif de tous les cas de cancer différencié de la thyroïde à Madagascar car il s'agissait d'une étude monocentrique réalisée sur une période

assez courte. Ceci peut s'expliquer par le manque d'information sur la place des isotopistes sur la prise en charge de cette pathologie, et qu'actuellement on ne dispose qu'un seul service de médecine nucléaire à Madagascar. Toutefois, notre échantillon laisse apercevoir que cette pathologie est en augmentation à Madagascar comparé aux études faites par Ranivontsoarivony et al en 2013 avec 90 patients en 10 ans, et par Rakotoarisoa et al avec 40 cas en 13 mois (6-7).

Notre étude montrait que le genre féminin prédominait avec une forte proportion. Ce résultat confirme les données de la littérature (8-9). En effet, les facteurs hormonaux sont suspectés depuis longtemps de jouer un rôle dans la

survenue des cancers thyroïdiens du fait de son incidence plus élevée chez la femme que chez l'homme (10). En effet, la thyroïde possède des récepteurs pour les hormones féminines qui diminuent la pénétration de l'iode dans la glande (11) alors que le déficit en iode représente la cause la plus fréquente des nodules thyroïdiens.

Selon la littérature, l'âge médian au diagnostic est de 45 à 50 ans (1), ce qui est proche de notre résultat. Mais le cancer thyroïdien peut toucher toute tranche d'âge; et les âges extrêmes constituent un élément permettant d'évoquer le diagnostic avec un risque de malignité plus sévère (12). Notre étude montrait que le mode révélateur le plus fréquent de ce cancer était surtout un goitre multinodulaire (50% de nos cas), alors que le nodule solitaire était le plus fréquemment mis en cause comme dans l'étude de Ftouhi et al (13). Cette différence peut s'expliquer par la ration alimentaire malgache riche en produit goitrigène, la négligence des

patients vis-à-vis des goitres et l'insuffisance d'exploration des goitres par les praticiens. Mais, il est admis que le risque de cancer devant un nodule prédominant au sein d'un goitre multinodulaire est le même qu'en cas de nodule isolé (5).

La plupart des études rapportent que la fonction thyroïdienne est souvent normale en cas de cancer (5). Ce qui concorde avec notre résultat. Cependant, on peut assister à l'existence simultanée d'hyperthyroïdie et de cancer de la thyroïde, même si cela reste une éventualité peu fréquente, avec 11,36% de cas dans notre série. En effet, la coexistence de ces deux pathologies a été diversement interprétée au cours du temps. Jusqu'aux années 1960, la plupart des endocrinologues considéraient l'existence d'un cancer en situation thyrotoxique comme rarissime, voire incompatible. Cependant, cette association a été de plus en plus souvent signalée dans la littérature médicale (14). Et il est avancé actuellement que l'hyperthyroïdie

augmente le risque du cancer de la thyroïde (10).

Sur le plan histologique, le carcinome papillaire est le plus fréquemment retrouvé, jusqu'à 91% dans une étude américaine (15). Et il serait même la cause de l'augmentation des cancers de la thyroïde dans le monde, en rapport avec l'augmentation des microcancers (1). Nous avons retrouvé la même tendance avec 73,87% de carcinome papillaire.

Notre étude n'a pas pu dégager un siège de prédilection du cancer différencié de la thyroïde avec une proportion proche au niveau du lobe thyroïdien droite et gauche. Pour Mahonnet également, le cancer n'a pas de topographie préférentielle (16).

Pourtant pour d'autres auteurs, le siège lobaire droit est plus évocateur de malignité (17). Devant tout cancer, il est impératif d'établir des scores avant le traitement initial, pour prédire le pronostic à long terme du patient. Plusieurs scores ont été proposés mais le plus utilisé dans le monde est le système TNM. Dans notre étude 73,87% des cas étaient classés en stade 1, qui est superposable avec une étude chinoise en 2006 (18). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le cancer différencié de la thyroïde a une évolution relativement lente, et par le progrès des outils de diagnostics permettant de dépister précocement cette pathologie.

Conclusion

Le cancer différencié de la thyroïde est en augmentation à Madagascar, en rapport avec la découverte des microfoyers carcinomateux, et les études épidémiologiques contribuent à une meilleure prise en charge des patients. Bien que cette pathologie ait une bonne évolution et même guérissable, certains patients vont présenter une évolution défavorable en rapport avec les scores pronostiques de la maladie. Aussi un système de dépistage précoce accessible pour tout public et une bonne prise en charge multidisciplinaire, y compris les isotopistes doivent être mis en place dans notre pays. Enfin, en parallèle avec cette forte augmentation de

l'incidence, les études épidémiologiques doivent se poursuivre en particulier sur les facteurs de risque de cancer de la thyroïde.

Références bibliographiques

- 1- Schlumberger M. Cancer papillaire et folliculaire de la thyroïde. Ann Endocrinol. Paris: Elsevier Masson; 2007.
- 2- Pacini F, Schlumberger M, Henning D et al. Consensus Européen pour la prise en charge des patients avec un cancer différencié de la thyroïde de souche folliculaire. Eur J Endocrinol. 2005; 153: 651-9.
- 3- Schneiter R, Weber M, Zulewski H et al. Diagnostic et traitement du cancer différencié de la thyroïde. Forum Med Suisse. 2014; 14(9): 171-6.
- 4- Chazot FB. Conférence de consensus : La prise en charge des cancers thyroïdiens différenciés de souche vésiculaire. Marseille: Mars; 2007.
- 5- Leenhardt L, Ménégaux F, Franc B et al. Cancer de la thyroïde. EMC Endocrinol. Paris: Masson; 2005.
- 6- Ranivontsoarivony M, Rasata RA, Ramamonjy A et al. Prise en charge isotopique des cancers différenciés de la thyroïde à Madagascar. Revue Médicale de Madagascar. 2013; 3: 2.
- 7- Rakotoarisoa AHN, Ralamboson SA, Rakotoarivelo RA *et al.* Les cancers de la thyroïde à Madagascar. Bull Soc Pathol Exot. 2010; 103: 233-7.
- 8- Cannoni M, Demard D. Les nodules thyroïdiens : du diagnostic à la chirurgie. Paris; 1995: 302.

- 9- Ntyonga MP, Nguizi S, Mabika B et al. Les tumeurs thyroïdiennes opérées au Gabon. Données anatomopathologiques et épidémiologique, à propos de 131 cas. MédAfr Noire. 1998; 45: 6.
- 10- Chigot JP, Menegaux f, Kéopadabsy K. cancer de la thyroïde chez les hyperthyroïdiens. Pres Med. 2009; 29: 1969-72.
- 11- Leenhardt L, Grosclaude P, Cherie-Challine L. Guidelines for a national epidemiological surveillance system of thyroid cancer in France. Paris: Public Health Agency; 2003.
- 12- Belfore A, Larosa JL, LA Porta GA. Cancer Risk in patients with cold thyroid nodules: relevance of iodine intake, sex, age, and multinodularity. Am J Med. 1992; 93: 363- 9.
- 13- Ftouhi B, Sahtout, Lahiani R et al. Circonstances diagnostiques du cancer différencié de la thyroïde, à propos de 70 cas. Ann Endocrinol. 2004; 65: 4.
- 14- Ismaili N, Ben Raïs A. Association d'hyperthyroïdie et cancer thyroïdien différencié (médullaire exclus). A propos de 7 observations. MédNuc- ImagFonctMétabol. 2011; 35: 570-7.
- 15- Leung A, Dave S, Lee S et al. Factor determining the persistence or recurrence of well differentiated thyroid cancer, treated by thyroidectomy and/or radioiodine in the Boston. Thy Research. 2011; 4-9.
- 16- Mahonnet M. Exploration des nodules thyroïdiens : rôle de l'échographie pré-opératoire. Ann Chir. 2006; 131: 577-82.
- 17- Ghovadni BR. Les cancers thyroïdiens à propos de 20 observations. Thèse: Médecine Humaine. Algérie; 940.
- 18- Xiang J, Wu Y, Li DS et al. Epidémiologie actuelle du cancer de la thyroïde en Chine de l'Est. J Chir Viscérale. 2010; 147: 57-60.

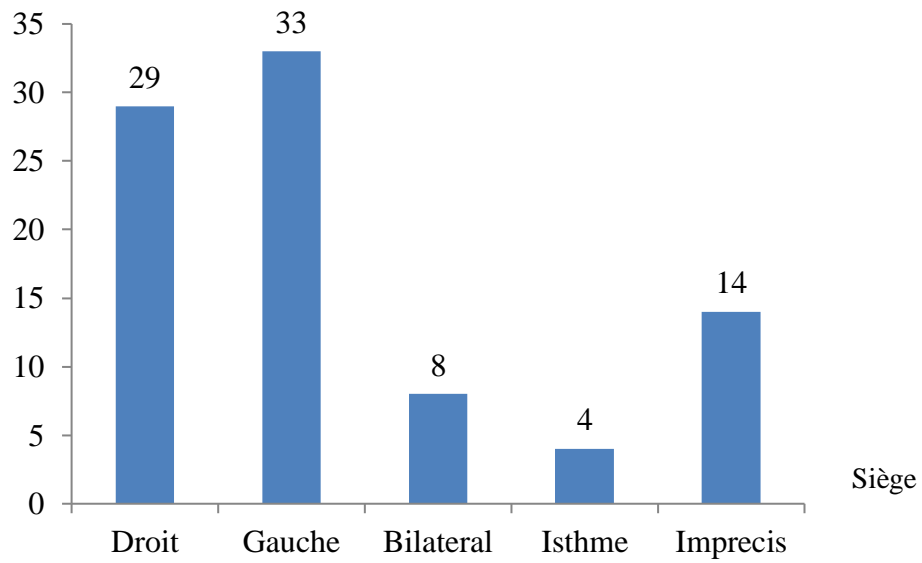


Figure 1 : Répartition du cancer de la thyroïde selon le siège

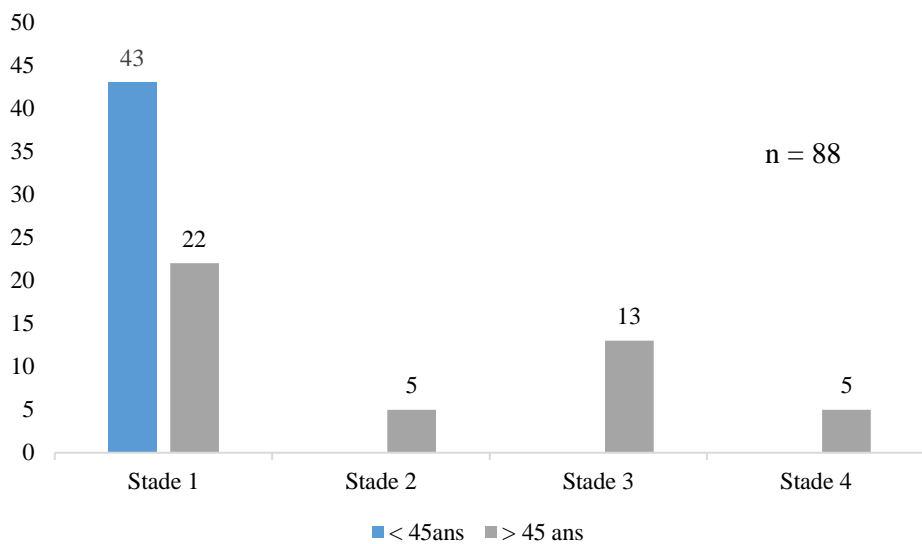


Figure 2 : Répartition selon le stade de la maladie.