

Prise en charge des microcarcinomes de la glande thyroïde : à propos de 13 cas

Anissa Sethom, Ines Riahi, Khaled Riahi, Khmaies Akkari, Sonia Benzarti, Imed Miled, Mohamed Kamel Chebbi.

Service Oto-rhino-laryngologie
Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis
Université Tunis El Manar, Tunisie

A. Sethom, I. Riahi, K. Riahi, K. Akkari, S. Benzarti, I. Miled, M. K. Chebbi.

A. Sethom, I. Riahi, K. Riahi, K. Akkari, S. Benzarti, I. Miled, M. K. Chebbi.

Prise en charge des microcarcinomes de la glande thyroïde : à propos de 13 cas

Care of thyroid microcarcinoma. About 13 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°01) : 23 - 25

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°01) : 23 - 25

R É S U M É

Prérequis : Le microcarcinome thyroïdien est une tumeur de diamètre inférieur ou égal à 1 cm qui suscite des controverses quant à sa prise en charge thérapeutique.

But : Analyser les caractéristiques anatomo-cliniques et discuter des modalités de prise en charge et des indications thérapeutiques de ces micro-cancers.

Méthodes : Etude rétrospective menée sur une période de dix ans, allant de 1998 à 2007 à propos de 13 cas de microcarcinomes thyroïdiens colligés au service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis de 1998 à 2007.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 41 ans. L'examen échographique avait retrouvé un nodule isolé dans 30,7% des cas et un goitre multinodulaire dans 69,2% des cas. Cinq patients ont eu une loboisthmectomie. Les huit patients restants ont eu une thyroïdectomie totale en un seul temps. Deux d'entre eux avaient initialement une adénopathie précessive du microcancer et ont bénéficié aussi d'un curage médiastinorécurrentiel et jugulocarotidien fonctionnel homolatéral. Une irathérapie à dose ablative a été préconisée après thyroïdectomie totale. Aucune récurrence ni décès n'a été noté avec un recul moyen de 6 ans.

Conclusion : Le microcancer thyroïdien est fréquent et son pronostic est globalement favorable, mais ni une loboisthmectomie isolée ni une thyroïdectomie totale ne sont systématiquement justifiées, le choix thérapeutique dépend des circonstances du diagnostic, et essentiellement des facteurs pronostiques.

S U M M A R Y

Background: Thyroid microcarcinoma is defined as a tumour of one centimeter or less in its greater diameter. Prognoses and therapeutic modalities remain controversial therapeutic guidelines for surgical treatment.

Aim: To analyse the anatomical and clinical characteristics and discuss the modalities of care and therapeutic indications of these microcarcinoma.

Methods: We report a retrospective study concerning 13 cases of thyroid microcarcinoma, diagnosed and treated at the ENT department of Military Hospital of Tunis from 1998 to 2007.

Results: The mean age was 41 years and sex-ratio was 0.18. Clinical investigation by cervical ultrasonography found an isolated nodule in 30.7% and a multinodal goiter in 69.2%. Lymph node metastasis was precessiving in two cases. Five patients underwent loboisthmectomy and eight patients had a total thyroidectomy. Surgical lymph node removal was practiced for both cases with preceding cervical node involvement. Iodine 131 ablation was necessary every time when total thyroidectomy was practiced. A six years mean follow-up revealed no recurrence or death.

Conclusion: Thyroid microcarcinoma is favorable long-term prognosis. Therapeutic modalities are closely depending on risk factors such as histology type, tumor size, lymph node involvement and extra thyroid extension.

Mots-clés

Microcarcinome thyroïdien, nodules thyroïdiens, thyroïdectomie

Key-words

Thyroid microcarcinoma, thyroid nodules, thyroidectomy

Le microcarcinome de la thyroïde (MCT) a été défini en 1988 par l'OMS comme une tumeur dont la taille n'excède pas 1cm (1,2). Il est dans la majorité des cas de type papillaire. Sa découverte est le plus souvent fortuite, souvent devant un nodule thyroïdien d'apparence bénin. Son pronostic est réputé excellent, mais la controverse persiste quant à son traitement d'autant plus que son incidence est en augmentation. Le but de ce travail est d'analyser les caractéristiques anatomocliniques et thérapeutiques des microcarcinomes de la thyroïde.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de dix ans, allant de 1998 à 2007. Nous avons colligé 13 cas de microcarcinomes au service ORL de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen ORL et général, d'une échographie cervicale, d'une scintigraphie thyroïdienne et de dosage des hormones thyroïdiennes. La cytoponction n'a été pratiquée chez aucun de nos malades. L'indication opératoire a été portée en présence d'au moins un nodule de diamètre supérieur à deux centimètres. Le geste thérapeutique initial a été décidé indépendamment de la découverte à postériori de la tumeur. Ainsi, une loboisthmectomie complétée ou non de thyroïdectomie totale a été pratiquée en fonction des résultats anatomopathologiques extemporanés et définitifs. Le curage ganglionnaire était pratiqué en cas d'adénopathies cervicales ou dicté par les résultats histologiques extemporanés. Après avoir reçu le résultat anatomo-pathologique définitif, l'attitude était de se contenter d'une simple surveillance clinique pour les malades ayant bénéficié d'une simple loboisthmectomie. Par ailleurs, un balayage corps entier était réalisé chez tous les patients ayant eu une thyroïdectomie totale ; et une irathérapie était administrée chaque fois qu'il y avait un reliquat thyroïdien. Une hormonothérapie thyroïdienne substitutive et suppressive était prescrite chez tous les patients thyroïdectomisés.

RÉSULTATS

Nous avons colligé 13 cas de microcancers, l'âge moyen était de 41 avec des extrêmes allant de 28 à 56 ans. Il s'agissait de 11 femmes et 2 hommes (Sex ratio 0,18). Le temps écoulé entre la découverte de la lésion et la première consultation a varié de 3 mois à 6 ans, il était en moyenne de 18 mois.

Dix patients ont consulté pour une tuméfaction basicervicale isolée. Une seule patiente a rapporté des signes compressifs à type de dysphagie aux solides et de dyspnée d'effort. Il s'agissait d'une adénopathie précessive sans porte d'entrée prévalente chez deux malades. Enfin, la découverte fût échographique dans un cas. L'examen clinique a retrouvé un nodule isolé dans 5 cas. Il s'agissait d'un goitre multinodulaire chez 7 patients et d'une hypertrophie homogène de toute la glande thyroïde dans un cas. L'étude topographique des nodules montre qu'il s'agissait de nodules lobaires dans 11 cas. Chez les deux autres malades, le siège était isthmique. Quand à la

consistance, seulement deux malades présentaient des nodules durs.

Le bilan hormonal a confirmé l'euthyroïdie biologique dans tous les cas. A la scintigraphie thyroïdienne, les nodules étaient hypofixants dans tous les cas. Enfin, l'échographie était en faveur d'un goitre multi nodulaire dans neuf cas et d'un nodule isolé par ailleurs. Des adénopathies échographiquement décelables furent objectivées dans trois cas.

Huit patients ont bénéficié d'une thyroïdectomie totale et cinq d'une loboisthmectomie. Une patiente a été ultérieurement reprise pour une totalisation après les résultats histologiques. Deux thyroïdectomies totales étaient suivies de curages ganglionnaires médiastino-récurrentiels et cervicaux fonctionnels chez les deux malades présentant des adénopathies jugulocarotidiennes précessives. Dans ces deux cas, l'examen histologique extemporané avait permis d'affirmer la malignité (métastase d'un micro-carcinome papillaire) orientant vers l'origine thyroïdienne du cancer et motivant la thyroïdectomie. L'examen définitif avait conclu dans tous les cas au diagnostic de microcarcinome de type papillaire. Une dédifférenciation vésiculaire a été observé dans un cas. Ce MCT était multifocal dans trois cas avec foyers bilatéraux dans deux cas. La taille du foyer tumoral a varié de 3 à 10mm, avec une moyenne de 5mm. Les cancers inférieurs à 5mm n'étaient pas accompagnés d'envahissement ganglionnaire et seulement un état multifocal. Par ailleurs, les lésions supérieures à 5mm étaient multifocales et s'accompagnaient d'envahissements ganglionnaires dans les deux cas métastatiques. Un traitement complémentaire par iode radioactif après balayage objectivant un reliquat thyroïdien fût administré dans un cas. Le traitement hormonal substitutif était prescrit chez tous nos patients. L'évolution était favorable dans 100% des cas avec recul moyen de 6 ans.

DISCUSSION

L'incidence des microcarcinomes thyroïdiens a augmenté depuis la dernière décennie, vraisemblablement du fait de la multiplicité des coupes sériées réalisées sur les pièces opératoires (1). Cette lésion représente actuellement, selon les séries, 6 à 35%, des cancers thyroïdiens (2-5). En Tunisie, selon l'expérience de l'Institut Salah Azaïez, cette prévalence est estimée à 4% (6). L'âge moyen de survenue se situe entre 40 et 50 ans, avec une prédominance féminine conforme à la répartition habituelle de toute pathologie thyroïdienne (2,3). Dans notre série l'âge moyen était de 41 ans et le sex ratio était de 0,18. Le microcarcinome est souvent fortuitement découvert lors des coupes pratiquées à titre systématique sur la totalité de la pièce opératoire, comme c'était le cas de onze de nos malades ; plus rarement lors du bilan d'adénopathies cervicales précessives comme c'était le cas chez deux de nos malades. Du point de vue pratique, Les divergences existent sur l'étendue du geste opératoire et l'indication d'une reprise chirurgicale. L'attitude thérapeutique se discute en fonction des circonstances diagnostiques. En effet, la découverte de métastases ganglionnaires cervicales est classique mais peu fréquente (3 à 5%). Devant ce potentiel invasif, une chirurgie

standardisée de carcinome différencié sera réalisée : thyroïdectomie totale associée à un prélèvement ou à un curage ganglionnaire cervical (7). C'était d'ailleurs le cas pour deux de nos malades. Devant la découverte fortuite après une intervention pour un nodule ou un goitre multi nodulaire apparemment bénin, l'attitude préopératoire initiale vis-à-vis de la glande et des ganglions cervicaux est fonction du résultat de l'examen extemporané. Le manque de spécificité de cet examen amène le chirurgien dans la majorité des cas à se contenter d'une lobectomie (8). Ce fût le cas pour cinq de nos patients. La confirmation du microcancer à l'examen anatomopathologique définitif n'oblige pas forcément à la reprise chirurgicale pour une totalisation thyroïdienne. En effet, compte tenu du bon pronostic avec un taux de mortalité à distance d'environ 1% et vu la lourde morbidité récurrentielle (1-2%) et parathyroïdienne (1,7%), beaucoup d'auteurs se contentent d'une lobectomie du côté de la tumeur sans traitement complémentaire (3,4). Cependant, certains microcancers accompagnés d'emblée de métastases ganglionnaires, sont souvent multifocaux et peuvent comporter un contingent différencié (9,10). C'était le cas de l'une des deux patientes avec adénopathies préexistantes motivant de ce fait une attitude maximaliste. L'analyse des critères pronostiques prend toute son importance pour pouvoir dégager les indications thérapeutiques, en tenant compte des contraintes de ré intervention. Dans les différentes séries (3, 4, 5), la taille moyenne des foyers tumoraux est variable de 3-5mm, pour nos patients elle était de 5mm. Le caractère multifocal est retrouvé selon la littérature dans 25 à 46% des cas [2,3]. Les métastases ganglionnaires sont notées selon les séries dans 14 à 43% des cas et sont révélateurs chez 4-20% des patients (9, 11, 12). La taille tumorale est unanimement citée comme élément déterminant, elle est en rapport direct avec la multifocalité (2). Certains individualisent même deux sous groupes, le premier de 1-5mm présentant moins de caractères de mauvais pronostic pouvant influencer les récurrences ou la survie des patients, et le deuxième supérieur à 5mm, pour lequel ils ont montré un taux supérieur de métastases ganglionnaires (59% contre 13%) et d'extension extracapsulaire (10% contre 3%) (3,10). D'autre part, la multifocalité qu'elle soit homo ou

controlatérale, s'accompagne dans la majorité des cas des métastases ganglionnaires et à distance, de même elle expose aux récurrences (8,10). Par ailleurs, toute tumeur possédant un contingent vésiculaire ou une amorce de différenciation est certainement plus agressive (12,13).

Enfin, l'existence de métastases ganglionnaires augmente le risque de récurrence à distance, mais ne semble pas influencer la mortalité (14). En absence d'adénopathies cliniquement palpables, l'attitude vis-à-vis des ganglions est discutable, cependant la majorité des auteurs optent pour un curage récurrentiel médian n'augmentant pas la morbidité de la chirurgie, s'il est positif en extemporané, il sera complété par un curage jugulocarotidien fonctionnel (14).

Sur le plan thérapeutique complémentaire, le traitement à l'iode radioactif 131 est à son tour controversé. Certains auteurs le préconisent systématiquement afin de réaliser une totalisation isotopique pour diminuer le taux de récurrences et faciliter la surveillance ultérieure (15). Dans notre série, il était systématique chaque fois qu'une thyroïdectomie totale a été pratiquée. Après une thyroïdectomie totale, un traitement supprimeur par la L-thyroxine est indispensable et aura pour objectif, outre la correction de l'hypothyroïdie, l'inhibition de la croissance de tout résidu tumoral. Tous nos patients ont reçu une opothérapie frénatrice. Enfin, tous les auteurs s'accordent pour une surveillance post thérapeutique prolongée à vie et ceci compte tenu de la lente évolutivité de ce type de carcinome et de la possibilité de voir apparaître une métastase 10 ans voir 20 ans plus tard (3,6,10). Cette surveillance sera clinique, radiologique, biologique (par le dosage de TSH ultrasensible et de la thyroglobuline) et isotopique.

CONCLUSION

Les microcarcinomes thyroïdiens sont d'excellent pronostic. Cependant, certains facteurs prédictifs d'évolution agressive telle que la taille supérieure à 5 mm, la multifocalité, les signes histologiques prédictifs, l'envahissement ganglionnaire ou les métastases à distance, justifient une attitude maximaliste chirurgicale et isotopique et ne dispense pas d'une surveillance prolongée.

Références

1. K. Sugino, Kito Jr., O. Ozaki et al. Papillary microcarcinoma of the thyroid. *J. Endocrin. Invest.* 1998. 21 : 445-48.
2. J. L. Latapie, F. Leprat. Les microcarcinomes papillaires. *Ann endocrinol* 1997, 58 : 251-53.
3. M. Zanaret, N. Estublier, A. Giovanni, R. Gras. Microcarcinomes papillaires de la thyroïde : approche anatomo-clinique. *J F ORL* 1999. 48 ; 2 : 88-94.
4. J. Tourniaire, M. H. Bernard, M.H. Bizollon-Roblin et al. Le microcarcinome papillaire du corps de la thyroïde. *Press med* 1998, 27 : 1467-69.
5. Y. WU, J.D. Wang, J.D. Yuan et al. Microcancer papillaire de la thyroïde. *Ann Chir* 1995,10 : 959-62.
6. Z. Oueslati, M. Aloui, S. Gritli et al. Microcarcinomes papillaires de la thyroïde. Expérience de l'Institut Salah Azaïez. *Rev Laryngol Otol Rhino* 2002, 123: 39-42.
7. S. Gritli, A. Khamassi, A. Lachkham et al. Les microcarcinomes papillaires de la thyroïde à propos de 37 cas. *J Tun ORL* 2006, 17: 16-18.
8. R. Garrel, C. Cartier, V. Marvaso et al. Notre expérience des microcarcinomes papillaires de la thyroïde. *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.* 2002, 123 : 239-42.
9. Ph. Emy, P. Michenet, O. Saint-Marc. Métastases ganglionnaires cervicales révélatrices des microcancers papillaires de la thyroïde. *Ann Chir* 1998 ; 5 : 461-64.
10. S. M. Strate, Md. Edward, L. Lee et al. Occult papillary carcinoma of the thyroid with distant metastases. *Cancer* 1984. 54: 1093-1100.
11. J. Krueger, A. Maitra, J. Albores-Saavedra. Inherited medullary microcarcinoma of the thyroid. *Americ J surg path* 2000; 24: 853-58
12. H. Yamashita, S. Noguchi, N. Murakami et al. Extracapsular invasion of lymph node metastasis. *Cancer* 1999. 86 : 842-49.
13. D. Satge, J.C. Grob, J. Pusel, G. Methlin. Microcarcinome thyroïdien d'évolution fatale. *Arch Anat Cytol Path.* 1990. 38 : 143-51.
14. W. Nobuyuki, D. Quanyang et al. Lymphnode metastasis from 259 papillary thyroid microcarcinomas. *Ann Surg* 2003, 237 : 399-407.
15. E. Orsenigo, E. Beretta, E. Fiacco Management of papillary microcarcinoma of the thyroid gland. *Eur J Surg Oncol* 2004, 30: 1104-6.