

Type of the Paper (Article)

CARCINOME PAPILLAIRE THYROÏDIEN. NOTRE EXPERIENCE

Ouahab Ilhem

Université Ferhat Abbas. Sétif 1. Faculté de Médecine, Laboratoire d'Investigation et de Recherches Spécialisées en Santé, Environnement et Innovations » (LIRSSEI). Service de chirurgie générale ; CHU de Sétif.

Mail : dr_ouahabilhem@yahoo.fr

Résumé:

Le carcinome papillaire thyroïdien représente 80 à 90 % de tous les cancers de la thyroïde. La lésion est souvent multifocale et bilatérale. Les femmes sont les plus touchées. L'âge moyen de survenu est de 45 ans. Le diagnostic est évoqué le plus souvent devant un nodule thyroïdien ou un goitre multi nodulaire. L'objectif de cette étude rétrospective de 7 ans est d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des cancers papillaires de la thyroïde et d'identifier les facteurs pronostiques de 65 patients opérés au service de chirurgie générale, CHU de Sétif. L'échographie cervicale a mis en évidence les éléments de suspicion de malignité. La cytoponction à l'aiguille fine a été l'examen de référence pour le diagnostic. La thyroïdectomie totale d'emblée a été le traitement de choix pour tous les patients présentant fortement une suspicion de malignité de cancer de la thyroïde. Une thyroïdectomie totale en deuxième temps opératoire (totalisation) a été réalisée chez des malades ayant subi une loboisthmectomie initialement. Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas. Cinq patients ont eu un curage ganglionnaire (trois centraux, un homolatéral et un bilatéral (adénopathies suspectes). L'irathérapie a été prescrite chez les malades qui ont bénéficié d'une thyroïdectomie totale. L'hormonothérapie substitutive a été préconisée à vie pour tous les patients opérés.

Mots clés: Carcinome papillaire, Cytoponction, Thyroïdectomie totale, Curage ganglionnaire, Irathérapie, Hormonothérapie substitutive, Surveillance.

Introduction: Le cancer papillaire est le plus fréquent des cancers thyroïdiens différenciés. L'incidence du carcinome papillaire de la thyroïde a augmenté au cours des dernières années. En Algérie, il occupe la quatrième place par ordre de fréquence de cancer chez la femme. Le carcinome papillaire est fréquent dans les zones de surcharge iodée. Les facteurs de risques de sa survenu sont surtout les antécédents d'irradiation cervicale avant l'âge de 15 ans. Les antécédents familiaux et personnels de maladie thyroïdienne sont fortement incriminés. La prédominance féminine est nette avec un âge moyen de 45 ans. L'examen clinique est essentiel avec comme complément

Citation: To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: Firstname
Lastname

Received: 10/06/2024
Revised: 30/06/20xx
Accepted: 14/07/2024
Published: date 22/07/2024:

Copyright: © 2023 by the authors.
Submitted publication under the terms and conditions of the Creative Commons.

l'échographie et la cytoponction. Le traitement chirurgical est le traitement de référence avec l'irathérapie. La surveillance devrait être rigoureuse dans les premières années du début du cancer.

Objectif :

Le but de notre étude est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des carcinomes papillaires de la thyroïde des patients opérés au service de chirurgie générale, CHU de Sétif et d'identifier les facteurs pronostiques.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective sur une période de 7 ans, du 02 janvier 2017 au 30 décembre 2023, de 65 cas de carcinomes papillaires opérés au service de chirurgie générale, CHU de Sétif, objectivés à l'examen anatomopathologique de la cytoponction du nodule thyroïdien ou de la pièce opératoire. L'examen clinique a été pratiqué chez tous les patients. Une échographie de la thyroïde et des aires ganglionnaires cervicales ont été réalisées. La cytoponction par aspiration à l'aiguille fine a été faite en pré opératoire. La thyroïdectomie totale en un seul temps (figure 1) sans curage ganglionnaire prophylactique avec administration en post opératoire d'iode ¹³¹ a été indiquée chez 38 patients.

Une thyroïdectomie totale en deux temps a été réalisée chez 27 malades (loboisthmectomie puis totalisation). Cinq patients ont eu un curage ganglionnaire (trois centraux, un latéral homolatéral et un latéral bilatéral).

Le carcinome papillaire a été confirmé par l'examen anatomopathologique (figure 2). Cet examen a été le guide pour réaliser le curage ganglionnaire. Un suivi régulier par l'endocrinologue et / ou un médecin nucléaire a été recommandé pour tous les patients. Un traitement par l-thyroxine à dose substitutive a été indiqué chez tous les patients à vie.



Fig. 1. Thyroïdectomie totale d'un goitre multi nodulaire.

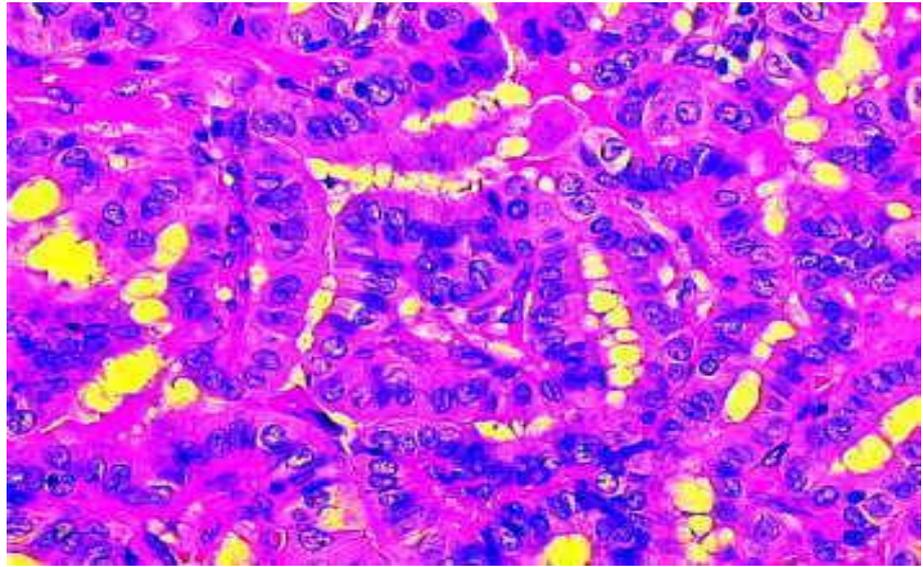


Fig 2: Aspect histologique d'un carcinome papillaire de la thyroïde.

Résultats:

L'âge moyen de l'échantillon étudié, à prédominance féminine, a été de 42 ans (28- 74 ans). A l'examen physique, la taille des nodules sur les goitres a été supérieure à 4 centimètres. L'échographie thyroïdienne a montré des goitres multi nodulaires classés TI- RADS 4 (a-b) et II- RADS 5. La cytoponction a objectivé un carcinome thyroïdien de type papillaire classé Bethesda 4b voire Bethesda V. Trente huit cas de carcinomes papillaires ont été diagnostiqués en pré opératoire et 27 cas en post opératoire. Quelque soit la taille du carcinome papillaire, une thyroïdectomie totale sans curage ganglionnaire prophylactique a été réalisée. Une loboisthmectomie a été pratiquée chez 27 patients porteurs de nodule thyroïdien. La totalisation a été pratiquée après les résultats histologiques de malignité. La morbidité a été marquée par une dysphonie (3 cas), une dysphasie (1 cas) et des fourmillements des mains (3 cas). La preuve histologique du cancer papillaire de la pièce opératoire a été notée dans 100% dont 38% (n = 25) ont été des microcarcinomes papillaires. Dans 41 % des cas, l'histologie a mis en évidence un aspect lésionnel d'une hyperplasie nodulaire macro et microvésiculaire remanié c'est-à-dire des faux négatifs de la cytoponction. Les facteurs histologiques péjoratifs dans notre série ont été l'invasion, la rupture de la capsule tumorale, l'extension extra thyroïdienne, envahissement ganglionnaire, la présence d'une nécrose tumorale et la multifocalité.

Discussion:

Le cancer de la thyroïde est le plus fréquent des cancers des glandes endocrines (140 000 cas par an). Il est trois à cinq fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme [1]. Dans toutes les séries et notamment dans la notre, la prédominance féminine a été évidente (57 femmes et 8 hommes). La moyenne d'âge est de 45 ans. Dans notre étude, elle a été de 42 ans. Le cancer papillaire

est le plus fréquent des cancers thyroïdiens différenciés. Le carcinome papillaire de la thyroïde est une forme différenciée du cancer de la glande thyroïde habituellement de bon pronostic malgré que son évolution soit lente [2]. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini le carcinome papillaire comme une « tumeur épithéliale maligne présentant une différenciation folliculaire et comportant dans sa forme typique, des papilles et des vésicules, ainsi que des anomalies nucléaires caractéristiques » [3]. Dans notre étude, le cancer papillaire représente le type histologique le plus fréquent des cancers de la thyroïde opérés dans le service (90 %). Souvent, il est découvert par un nodule cervical antérieur mis en évidence par l'examen clinique. Il peut survenir aussi sur un goitre multi nodulaire. La clinique peut suspecter la malignité d'un nodule en cas de modification rapide de sa consistance, de sa sensibilité ou du volume préexistant. Le risque de cancer est identique qu'il s'agisse d'un nodule isolé ou d'un goitre multi nodulaire. Dans le goitre multi nodulaire, le nodule dominant n'est responsable du cancer que dans 50 à 70% des cas [4]. Chez nos patients, le carcinome papillaire a été survenu sur un goitre multi nodulaire dans 91 % des cas et sur un nodule thyroïdien dans 9 %. Rarement, des adénopathies ou des signes fonctionnels ont été révélateurs du cancer chez les malades de notre étude. Une ou des adénopathies ont été notées dans 7% cas. Une dysphonie a été observée chez 5 patients. L'échographie est l'examen clé de la pathologie thyroïdienne. Elle peut donner des éléments de suspicion de malignité. Elle a une sensibilité de malignité de 86%, une spécificité de 95 %, une valeur prédictive positive de 91% et une valeur prédictive négative de 92% [5]. La présence de micro calcifications, de contours irréguliers, un caractère hypo échogène du nodule, une vascularisation de type mixte (périphérique et centrale) ou pénétrante radiaire, ainsi que des adénopathies péri thyroïdiennes, sont associés à un risque élevé de malignité [6]. Dans notre série, l'échographie thyroïdienne a montré des goitres multi nodulaires classés TI- RADS 4 (a-b) et TI- RADS 5, fortement suspectés de malignité [7]. La ponction à l'aiguille fine avec analyse cytologique reste à ce jour l'examen de référence du diagnostic préopératoire. Actuellement, la ponction échoguidée occupe une place importante dans le diagnostic de malignité de la thyroïde. Elle a une sensibilité de 86.9 %, une spécificité de 99.1 %, un taux de faux négatifs de 13.1 %, et des faux positifs dans 0.9 %, une valeur prédictive positive de 97,6 % et une valeur prédictive négative de 94.9 % pour le diagnostic de malignité de nodules solitaires. Tandis qu'elle avait une sensibilité de 76.9 %, une spécificité de 98.8 %, des faux négatifs dans 23.1%, des faux positifs dans 1.2%, une valeur prédictive positive de 94.6% et une valeur prédictive négative de 93.8% pour le diagnostic de malignité de nodules diffus et siégeant au sein d'un goitre [8]. Chez nos malades, la ponction échoguidée a suspecté le carcinome papillaire dans 58% des cas.

La chirurgie est le traitement de première intention. Elle est guidée par les données échographiques. L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic de certitude de cancer et la décision d'une éventuelle irathérapie avec de l'iode radioactif en complément qui est une sorte de radiothérapie interne [9]. La thyroïdectomie totale a été pratiquée d'emblée chez les patients qui ont eu un goitre multi nodulaire (TI- RADS 4 et TI- RADS 5) avec bilatéralité des nodules et en cas de suspicion de carcinome papillaire à la cytoponction. La thyroïdectomie totale a été réalisée en deuxième temps pour les nodules thyroïdiens ou en cas d'une cytoponction non

concluante. La loboisthmectomie est préférée à la thyroïdectomie totale pour les nodules uniques moins de 2 centimètres. Les suites opératoires ont été simples hormis 3 cas de dysphonie (atteinte récurrentielle), 3 cas de fourmillement (atteinte des parathyroïdes) et un cas de dysphagie. Surveiller les petits cancers asymptomatiques découverts à l'imagerie paraît être la meilleure option pour éviter les dommages inutiles. Le curage ganglionnaire prophylactique n'est pas recommandé par risque de morbidité élevé (atteinte du nerf récurrent et des parathyroïdes). Le curage ganglionnaire prophylactique central ou latéral, en l'absence d'adénopathie découverte en préopératoire, ne fait pas consensus [10].

Dans notre travail, le curage ganglionnaire latéral homolatéral et bilatéral ont été réalisés en même temps opératoire que la thyroïdectomie totale respectivement dans 2% des cas et un curage central dans 5% dans un deuxième temps opératoire après thyroïdectomie totale. Donc, Le geste chirurgical recommandé de principe est une thyroïdectomie totale, associée au curage ganglionnaire du compartiment central lorsque le cancer a été suspecté avant l'intervention ou en per opératoire à l'étude extemporanée. Certaines équipes pratiquent également un prélèvement ganglionnaire des compartiments latéraux, le long des axes jugulocarotidiens, pour réaliser un curage complet si l'analyse extemporanée indique un envahissement ganglionnaire à ce niveau [11]. En l'absence, d'examen extemporané, le curage se fera ultérieurement en fonction des résultats anatomopathologiques suivant la classification p TNM. Le stade p TNM permet de classer le cancer selon son risque de récurrence. On distingue trois niveaux: Risque de récurrence très faible ou faible (micro carcinome inférieur à 1 cm unifocal et intra thyroïdien), intermédiaire (carcinome de 2 - 4 cm et papillaire bien différencié) et élevé (carcinome > 4 cm avec extension ganglionnaire et / ou métastases à distance ou histologies défavorables) [12]. Le microcarcinome papillaire thyroïdien, très fréquent, d'une taille inférieure ou égale à 1 cm, est un cancer d'excellent pronostic. Ce constat est à l'origine du concept de « surveillance active ». Les critères pertinents d'éligibilité à la surveillance active sont liés à la tumeur (localisation par rapport à la capsule thyroïdienne, proximité du nerf récurrent, présence ou non d'adénopathie), au patient (plus de 60 ans, comorbidités) et à l'expertise du centre qui assure le suivi (échographistes expérimentés, suivi régulier possible). L'indication doit être rigoureusement examinée en centre expert. Une surveillance échographique est nécessaire tous les 6-12 mois initialement, puis espacée, à la recherche d'une augmentation de taille et / ou de volume et d'adénopathie cervicale [13]. La grande majorité de nos patients (65 %) ont suscités une surveillance car ils ont eu des micro carcinomes. Les autres (35 %) ont bénéficié d'une irathérapie. Le pronostic de ces tumeurs est excellent, mais les récurrences locales et/ou les métastases sont possibles. Le risque de récurrence diminue fortement chez les patients en rémission à 6-12 mois, quel que soit leur risque initial. Cinq paramètres sont reconnus comme facteurs de mauvais pronostic:

L'âge (supérieur à 40 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme), **la taille** (supérieure à 4-5 cm), **l'extension extra thyroïdienne**, **une résection chirurgicale incomplète** et la présence de **métastases au moment du diagnostic** [14].

Conclusion:

La prise en charge des cancers thyroïdiens doit se faire dans le cadre de réunions de concertation multidisciplinaire où tous les acteurs doivent être associés, notamment endocrinologues, médecins nucléaires et chirurgiens. Le carcinome papillaire est une forme différenciée du cancer de la thyroïde. Actuellement, il est en nette augmentation. Le cancer papillaire de la thyroïde est réputé de bon pronostic après un traitement adéquat. Pour les patients à faible risque de récurrence ou en rémission, le suivi repose sur la palpation cervicale, le dosage annuel de la Tg us, des anti-Tg et de la TSH. L'échographie cervicale n'est pas systématique mais réalisée en cas d'élévation de la Tg us ou du titre des anti-Tg s'ils sont positifs.

Déclaration de liens d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références:

- [1] Do Cao C, Wémeau JL. Aspects diagnostiques et thérapeutiques actuels des cancers thyroïdiens. *Presse Med.* 2009 ; 38:210 - 219.
- [2] Ben Raïs Aouad N, Ghfir I, Missoum F, Rahali J, Guerrouj H, Ksyar R and al. Aspects épidémiologiques du cancer différencié de la thyroïde. *Médecine Nucléaire.* 2008; 32:580- 584.
- [3] Filetti S, Durante C, Hartl D, et al. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2019; 30 (12):1856-83.
- [4] Wemeau J, Sadoul J, D'herbomez M, Monpeyssen H, Tramalloni J, Leteurtre E, et al. [Recommendations of the French Society of Endocrinology for the management of thyroid nodules]. *Presse Med* 2011; 40: 793-826
- [5] Lee Y, Kim D, In H, Park J, Kim S, Eom J, et al. Differentiation between benign and malignant solid thyroid nodules using an US classification system. *Korean J Radiol.* 2011; 12:559-67
- [6] Kim D, Lee E, Jung S, Ryu J, Kim Y. Role of sonographic diagnosis in managing Bethesda class III nodules. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2011; 32:2136-41
- [7] Russ G, Bigorgne C, Royer B, Rouxel A, Bienvenu-Perrard M. [The Thyroid Imaging Reporting and Data System (TIRADS) for ultrasound of the thyroid]. *J Radiol.* 2011; 92:701-13.
- [8] Maharajan C, Rao H. Correlation of fine needle aspiration and final histopathology in thyroid disease: a series of 702 patients managed in an endocrine surgical unit. *Otolaryngology online journal.* 2012; 2(3):85-95.
- [9] Leboulleux S, Bournaud C, Chougnet CN, et al. Thyroidectomy without Radioiodine in Patients with Low-Risk Thyroid Cancer. *N Engl J Med* 2022; 386 (10): 923-32.
- [10] Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016; 26 (1):1-133
- [11] Leenhardt L, Ménégauxb F, Francc B, Hoangd C, Salema S, Berniera MO, Dupasquier-Fédiaevskya L, Le Maroisa E, Rouxela A, Chigotb JP, Chérié-Challinee L, Aurengo A. *Cancers de la thyroïde. EMC-Endocrinologie.* 2005; 2:1- 38.
- [12] Takami H, Ito Y, Okamoto T, et al. Therapeutic strategy for differentiated thyroid carcinoma in Japan based on a newly established guideline managed by Japanese Society of Thyroid Surgeons and Japanese Association of Endocrine Surgeons. *World J Surg* 2011; 35(1):111-21.
- [13] Sugitani I, Ito Y, Takeuchi D, et al. Indications and Strategy for Active Surveillance of Adult Low-Risk Papillary Thyroid Microcarcinoma: Consensus Statements from the Japan -Association of Endocrine Surgery Task Force on Management for Papillary Thyroid Micro-carcinoma. *Thyroid* 2021; 31(2):183-92.
- [14] Jeon MJ, Kim WG, Chung K-W, et al. Active Surveillance of Papillary Thyroid Microcarcinoma: Where Do We Stand? *Eur Thyroid J* 2019; 8(6): 298-306.