

Microcarcinome thyroïdien découvert à l'histologie définitive: Que faire ?

W. Abid, O. Ben Gamra, S. Nefzaoui, I. BenGhrib, N. Romdhane, I. Hariga, C. Mbarek

service d'orl et de chirurgie cervicofaciale hopital Habib Thameur Tunis, TUNISIE

INTRODUCTION:

Microcarcinome thyroïdien (MC) : tumeur de diamètre ≤ 1 cm

- Incidence en nette augmentation: 6 à 35%, des cancers thyroïdiens.
- Découverte à histologie définitive.
- Controverses : étendue du geste opératoire / indications de reprise chirurgicale.

DISCUSSION:

Quand totaliser?

Recommandation SFE (2007):

*Tumeur multifocale T1m, T3/T4,N1,M1

Recommandation ATA 2015:

*Âge>45ans,T3/T4,R2, >5 micrométastases >0,2 cm, Cellule agressive à l'histologie(Cellules hautes, insulaires..),>4 foyers d'embolies vasculaires, Mutation BRAFv600E

Indications du curage médiastino-recurrentiel :

Recommandations SFORL (2012):

-MCP découvert à l'histologie définitive sans signes de

gravité: pas d'indication à l'évidement ganglionnaire

-Si MCP invasif découvert sur pièce de

loboisthmectomie: totalisation avec curage central systématique

Indications du curage fonctionnel:

Fréquence des métastases ganglionnaires du secteur latéral: : 3,7 à 44,5%

SFORL (2012),ATA(2015),STORL (2009):MCP découvert à l'histologie définitive sans signes de gravité:

pas d'indication à l'évidement ganglionnaire latéral prophylactique.

-Curage fonctionnel thérapeutique en cas de métastase

ganglionnaire du secteur médian ou latéral

Indications de l'irathérapie:

SFE(2007),ATA(2015),SFORL(2012):

pT1a \leq 10mm,unifocal,N0-Nx,M0-Mx: pas d'I*

Evolution :

- mortalité<1%
- Récidive locorégionale:2à 6%
- Métastase à distance:1à2%

Durée de suivie: au moins 15 ans(possibilité d'apparition de métastase plusieurs années après traitement

CONCLUSION:

Le microcarcinome thyroïdien est fréquent et son pronostic est favorable. Le choix thérapeutique dépend des circonstances du diagnostic, et essentiellement de certains facteurs pronostiques prédictifs d'évolution agressive justifiant une attitude maximaliste chirurgicale et isotopique et une surveillance prolongée.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

-Etude rétrospective -Période de 10 ans [2006-2015] .

- 44 cas de microcarcinomes de la thyroïde découverts fortuitement à l'histologie définitive sur un total de 62 MC opérés durant la même période(74% des cas).

-Recul moyen:36 mois.

RESULTATS:

-Âge moyen: 46 ans [13 ans-75 ans] - Sex ratio : 0,15

-ATCDs familiaux: Goitre:34,1% K thyroïdien:2,3%

-ATCDs personnels: Maladie autoimmune:2,3% Irradiation cervicale: aucun cas

-Geste chirurgical initial:

Loboisthmectomie : n= 16 (36%)

Thyroidectomie totale: n=28 (64%)

-Examen extemporané: *Benin: 60 % *ARAP:22%

*Tm oncocytaire: 13% * thyroïdite lymphocytaire:5%

-Examen anatomopathologique définitif:

Papillaire dans sa variante vésiculaire:36%

-Unifocal: 86%

-Multifocal unilatéral:9%

-Multifocal bilatéral:5%

Taille moyenne : 4,62 mm[1,10 mm]

-Geste complémentaire:

*Loboisthmectomie: n=16 → MCP non invasif n=7 → abstention

↓
-MCP invasif n=9 → **totalisation (microcarcinome bilatéral:22%)**

+Curage médiastino-recurrentiel (CMR)

↓
Examen extemporané : → CMR - : 7 cas

↓
CMR+: 2 cas → prélevement sus claviculaire(-) → curage fonctionnel:0

***Curage fonctionnel** : aucun curage n'a été fait dans tous les cas

*Irathérapie:

***MCP unifocal non invasif:n=19** → thyroidectomie totale :n=12
→ balayage corps entier: 4 cas → fixation faible de la loge n=4

***MCP invasif** : n=25 cas → balayage corps entier : n=25

→ Fixation intense de la loge : n=18 I*: 1 cure (n= 10)
2 cures (N=8)

→ Fixation faible: n=7 → surveillance

-Fixation extracervicale n=0

-Evolution:

-Recul moyen: 3ans

-Mortalité: nulle

-Récidive locale: aucun cas

-Métastase à distance: aucun cas