

Circonstances de découverte des microcarcinomes papillaires de la thyroïde.

Marrakchi J¹, Chahed H¹, Rejeb O², Dimassi H¹, B Amor M¹, Zainine R¹, Beltaief N¹, Ben Slimène H², Besbes G¹.

1. Service d'ORL et de CMF de l'Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie.
2. Service d'endocrinologie de l'Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie.

INTRODUCTION

- Microcarcinomes papillaires de la thyroïde (MCP) : formes anatomo-pathologiques les plus fréquentes des cancers thyroïdiens .
- Représentent 30% des cancers papillaires de la thyroïde.
- Ce sont des tumeurs de bon pronostic avec un faible potentiel évolutif.

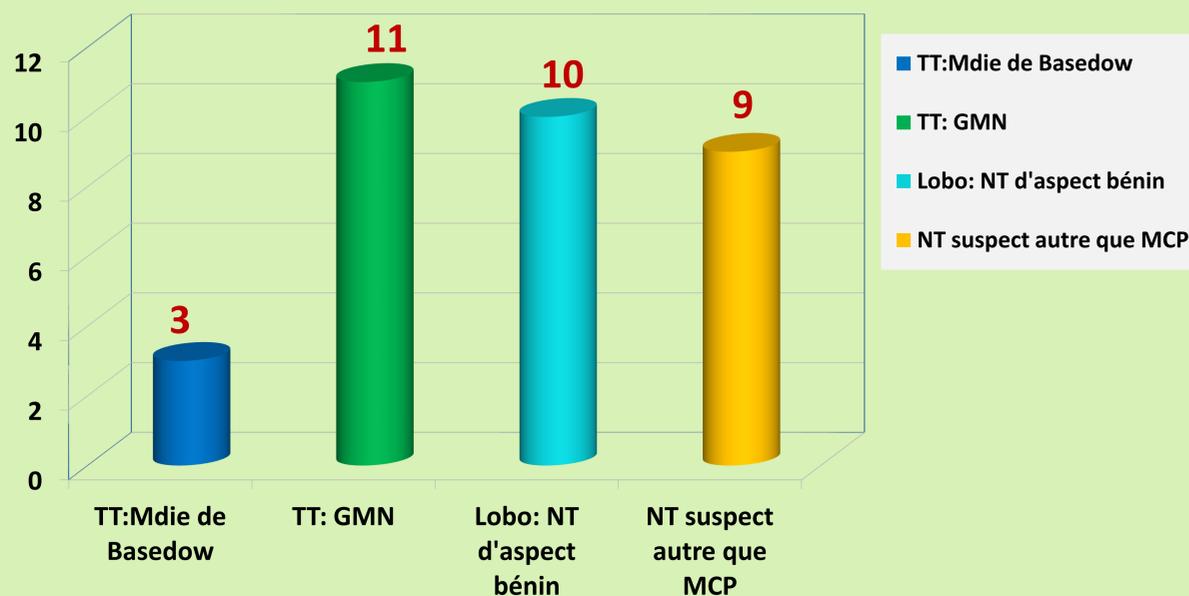
MATERIEL ET METHODES

- Etude rétrospective
- Période= 7 ans (2007 et 2013)
- 38 cas de MCP.
- Colligés à partir des CR de l'ex. anatomopathologique

RESULTATS

- Prédominance féminine, sexe-ratio= 3H/35F
- Âge moyen= 44,7 ans [22-66]

Découverte fortuite= 33 cas (86%)



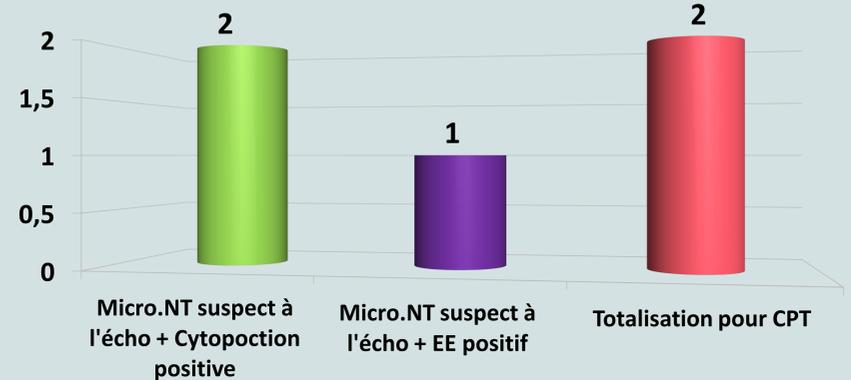
* Ex. extemporané:

- Diagnostic de MCP dans 4 cas
- ARAP= 5 cas

* Ex. anatomopathologique définitif:

- Variante vésiculaire= 10 cas.
- Lésions de Thyroïdite lymphocytaire= 11 cas
- Variante cellules haute: 1 cas

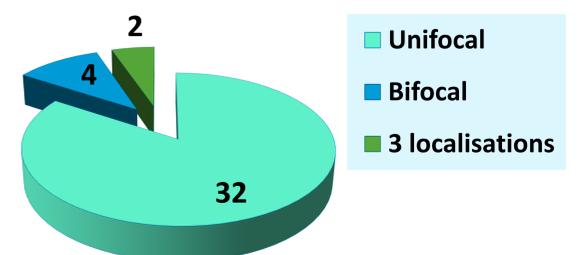
Autres CDD:5 cas (14%)



TAILLE

< 5 mm: 38,2 % des cas.

Nombre de localisations



DISCUSSION

DEFINITION:

Les microcarcinomes papillaires de la thyroïde (MCP) sont, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), des tumeurs thyroïdiennes de type carcinome papillaire dont le plus grand axe ne dépasse pas 10 mm .

❖ Incidence: augmentation universellement constatée

- 30 à 40 % des CPT
- Sur matériel chirurgical (Basedow, GMN...): 5-17%
- Sur matériel autopsique: 7-36% selon les pays

❖ changement des pratiques anapath

- ❖ augmentation du nb de thyroïdectomies pour goitre
- ❖ pratique de + en + d'échographies (Micronodules de 3 mm)

CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE:

- Nodule thyroïdien suspect
- Cytoponction échoguidée
- **Elastographie**, continuité de l'échographie conventionnelle/la déformabilité tissulaire, différentes caractéristiques tissulaires entre **pathologie bénigne à caractéristique molle** et **pathologie maligne à caractéristique dure**

Autres:

- 7 à 13% des cas, adénopathie cervicale
- Dosage de la thyroglobuline (tg) ganglionnaire
- Métastases kystiques
- Découverte fortuite après examen histologique des pièces de thyroïdectomie
- Métastases à distance osseuses++

Cytoponction ou non?

NON sauf critères de malignité du micronodule.

Ex. anatomopathologique définitif:

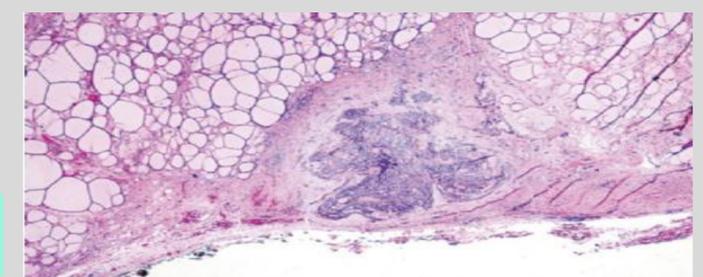
Taille

- Lésions qualifiées par « Tiny », définies par une taille comprise entre 5 et 10 mm.
- Lésions qualifiées par « Minute », définies par une taille < 5 mm.

Siège en dehors du nodule qui avait motivé l'intervention 21,6 à 43%

Multifocalité 5,5 et 42,8%

Bilatéralité retrouvée dans 5,4 à 23,1%



CONCLUSION

- ❖ Diagnostic des MCP se fait le plus souvent en post opératoire.
- ❖ Actuellement l'échographie (couplée dans certains centres à l'élastographie) et la cytoponction échoguidée permettent un diagnostic préopératoire.

REFERENCES

- Guerrier B, Righini C, Garrel R. Prise en charge ganglionnaire dans les cancers différenciés de souche folliculaire du corps thyroïde chez l'adulte. Recommandation de la Société Française d'Oto Rhino Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Paris 2012:77
- Ito Y, Miyauchi A. A therapeutic strategy for incidentally detected papillary microcarcinoma of the thyroid. Nat Clin Pract Endocrinol Metab 2007;3:240-8.