

# Facteurs pronostiques de survie et prise en charge d'une cohorte monocentrique de 51 patients présentant un cancer médullaire de la thyroïde localement évolué ou métastatique

L. Barde<sup>a</sup>, C. Buffet<sup>a</sup>, J.L. Golmard<sup>b</sup>, N. Cherau<sup>c</sup>, J. Wassermann<sup>d</sup>, C. Ghander<sup>a</sup>, C. Lussey<sup>a</sup>, C. Trésallet<sup>c</sup>, F. Menegaux<sup>c</sup>, L. Leenhardt<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unité Thyroïde et Tumeurs Endocrines, Institut E3M, Centre Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris, FRANCE  
<sup>b</sup> Service de Biostatistiques, Centre Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris, FRANCE  
<sup>c</sup> Service de Chirurgie Endocrinienne, Centre Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris, FRANCE  
<sup>d</sup> Service de Cancérologie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris, FRANCE



## Objectif

Le cancer médullaire de la thyroïde (CMT) est rare et son pronostic est hétérogène dépendant de son stade. Les patients présentant une maladie systémique progressive et localement agressive ont un mauvais pronostic avec une survie à 10 ans allant de 21 à 40% de survie à 10 ans. Peu d'études s'intéressent à cette population de patients et il n'y a pas eu d'amélioration significative de leur survie au cours des 10 dernières années. L'objectif de notre étude a été d'identifier les meilleurs facteurs prédictifs de décès de ces patients ayant une maladie métastatique agressive.

## Patients et méthodes

Parmi 240 patients suivis pour un CMT depuis 1960 dans notre centre, 51 présentent un CMT **métastatique**, défini par la présence de métastases à distance et/ou de récurrence ganglionnaire (**Figure 1**).

La survie globale et spécifique des patients **métastatiques** et **non métastatiques** et les facteurs pronostiques de décès associés ont été analysés respectivement par Kaplan Meier et modèle de Cox. La durée de suivie moyenne a été de 6,5 ans.

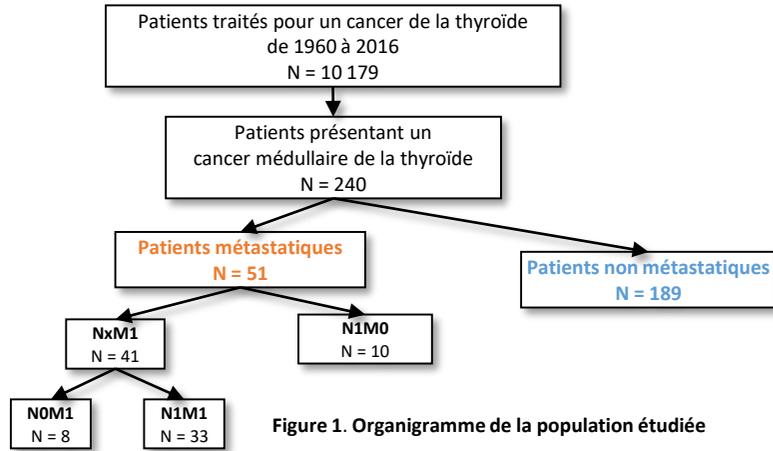


Figure 1. Organigramme de la population étudiée

## Résultats

Concernant les caractéristiques des 51 patients **métastatiques**, il s'agissait majoritairement d'hommes (54,9%) de plus de 45 ans (62,7%), traités initialement par thyroïdectomie totale (88,2%) avec un curage ganglionnaire bilatéral central et latéral (51%), diagnostiqués avant 2009 (72,5%), sans mutation germinale de RET (62,7%), avec une tumeur pT3 (43,1%) N1 (66,7%). Des métastases à distance synchrones étaient présentes chez 7 patients.

La survie globale à 10 ans des patients **métastatiques** et **non métastatiques** est respectivement de 66,7% et 93% ( $P < 0,001$ ) (**Figure 2**). Douze décès liés au cancer ont été rapportés chez les patients **métastatiques** contre un décès chez les patients **non métastatiques**.

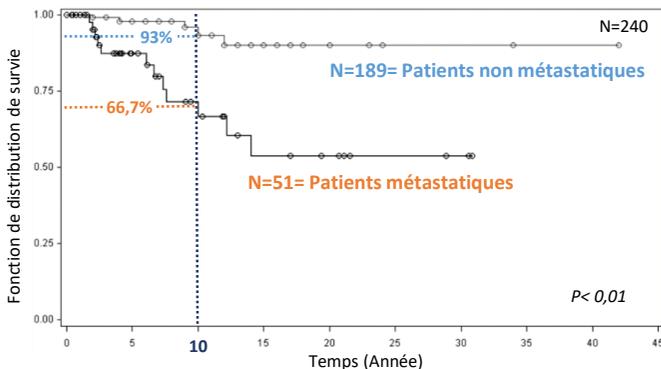


Figure 2. Représentation de la survie globale des patients **métastatiques** et **non métastatiques**

Les facteurs pronostiques de décès identifiés pour les patients **métastatiques** sont représentés dans le **Tableau 1** (analyse sur 41 patients en raison de données manquantes pour 10 patients)

Tableau 1. Analyse univariée des facteurs pronostiques de décès pour les patients **métastatiques** (N = 41)

Facteurs pronostiques	P
Âge	<b>0,03</b>
Thyroïdectomie partielle ou absente	<b>0,0012</b>
Métastases au diagnostic <i>versus</i> métastases métachrones	<b>0,0002</b>
Métastases pulmonaires au diagnostic	<b>0,01</b>
Taille du foyer principal	<b>0,03</b>

Un taux de calcitonine supérieur à 1800 pg/mL et d'ACE supérieur à 20 µg/L entre 3 et 6 mois après la chirurgie initiale est associé à une diminution significative de la survie spécifique des patients **métastatiques** (**Figure 3 et 4**)

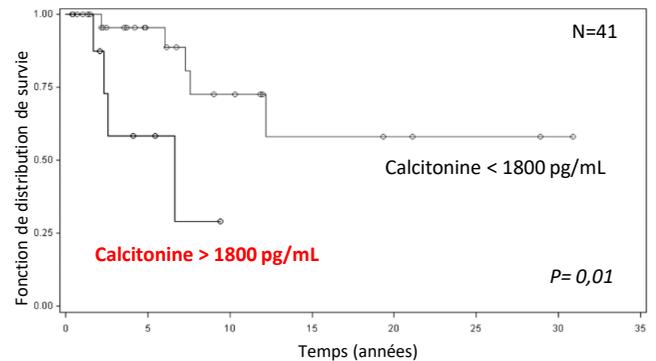


Figure 3. Survie spécifique des patients **métastatiques** selon le seuil de Calcitonine 3-6 mois après la chirurgie initiale

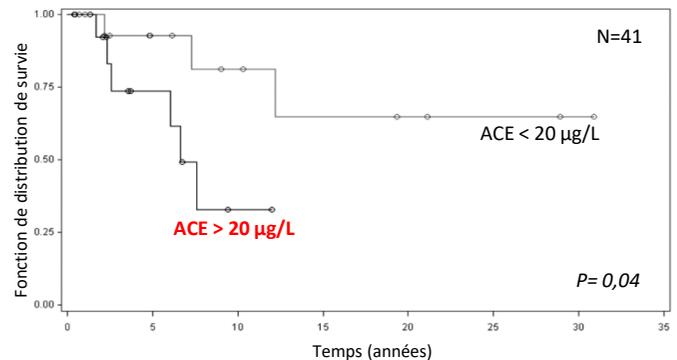


Figure 4. Survie spécifique des patients **métastatiques** selon le seuil d'ACE 3-6 mois après la chirurgie initiale

## Conclusion

Nous avons pu confirmer que les patients présentant une maladie localement agressive et/ou des métastases à distance sont responsables du pronostic péjoratif du CMT. Les patients les plus âgés, n'ayant pas pu bénéficier d'une thyroïdectomie totale et présentant d'emblée des métastases à distance, en particulier de localisation pulmonaire sont à haut risque de décès liés au CMT. Cette pathologie étant rare, il serait pertinent de mener une étude similaire sur une plus grande cohorte nationale ou internationale afin d'optimiser leur prise en charge et d'améliorer la survie des patients ayant une maladie systémique agressive.