

LA PREMIÈRE THYROGLOBULINE A-T-ELLE UNE VALEUR PRONOSTIQUE DANS LES CANCERS DIFFÉRENCIÉS DE LA THYROÏDE ?

D. BEN SELLEM, L. ZAABAR, B. LETAIEF

Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Institut Salah Azaiez,
Service de Médecine Nucléaire, Tunis, Tunisie

OBJECTIF

La thyroglobuline (Tg) est un marqueur tumoral sérique des cancers différenciés de la thyroïde de souche folliculaire (CDT).
Sa valeur diagnostique dans la surveillance de ces cancers est bien établie.
Elle a également une valeur pronostique.
L'objectif de ce travail était d'étudier la valeur pronostique à un an de la première Tg en état de stimulation (mesurée le jour de l'administration postopératoire de l'iode 131).

PATIENTS ET MÉTHODES

Quarante-cinq patients (36 femmes, 9 hommes) âgés de 15 à 62 ans (moyenne $\pm$ écart type = $36,7 \pm 10,8$ ans) ayant un CDT ont bénéficié d'un dosage sérique de la Tg en état de stimulation, le jour de la première administration postopératoire d'iode 131 (en respectant un délai minimum de deux mois post-chirurgie).
L'état de stimulation a été obtenu après trois semaines de sevrage en LT4.
La Tg sérique était mesurée par technique immunoradiométrique (trousse CisBio Tg IRMA) avec une limite de détection à 0,2 ng/ml et une sensibilité fonctionnelle de 0,7 ng/ml.
Ce dosage a été systématiquement associé au dosage des anticorps anti-Tg (ATg) utilisant une technique immunoradiométrique (TGAB ONE STEP, CisBio). Une concentration d'ATG supérieure à 70 UI/ml était considérée comme une valeur positive.
Un seuil de la Tg a été déterminé à partir des courbes ROC (Receiver Operator Characteristic) .

RÉSULTATS

Un an après l'opération, les patients étaient répartis en deux groupes :

- 31 patients ayant une réponse excellente (68,9 %) ;
- 14 patients présentant une réponse incomplète (31,1 %) :
 - 6 réponses biochimiques incomplètes ;
 - 8 réponses morphologiques incomplètes.

Les valeurs de la Tg étaient très dispersées (écart-type = 162). Elles variaient de 1 à 960 ng/ml.
La moyenne était de 49 ng/ml et la médiane de 3 ng/ml.
Le tableau I compare les valeurs de la Tg dans les 2 groupes.

Tableau I : Comparaison de la valeur de la Tg dans les deux groupes

	Nombre de patients	Moyenne de la Tg (ng/ml)	Ecart-type de la Tg (ng/ml)
Réponse excellente	31	3,5	3,6
Réponse incomplète	14	149,8	269,8

Les taux sériques de la Tg stimulée pré-ablative dans le premier groupe étaient significativement plus bas que dans le second (p = 0,04).

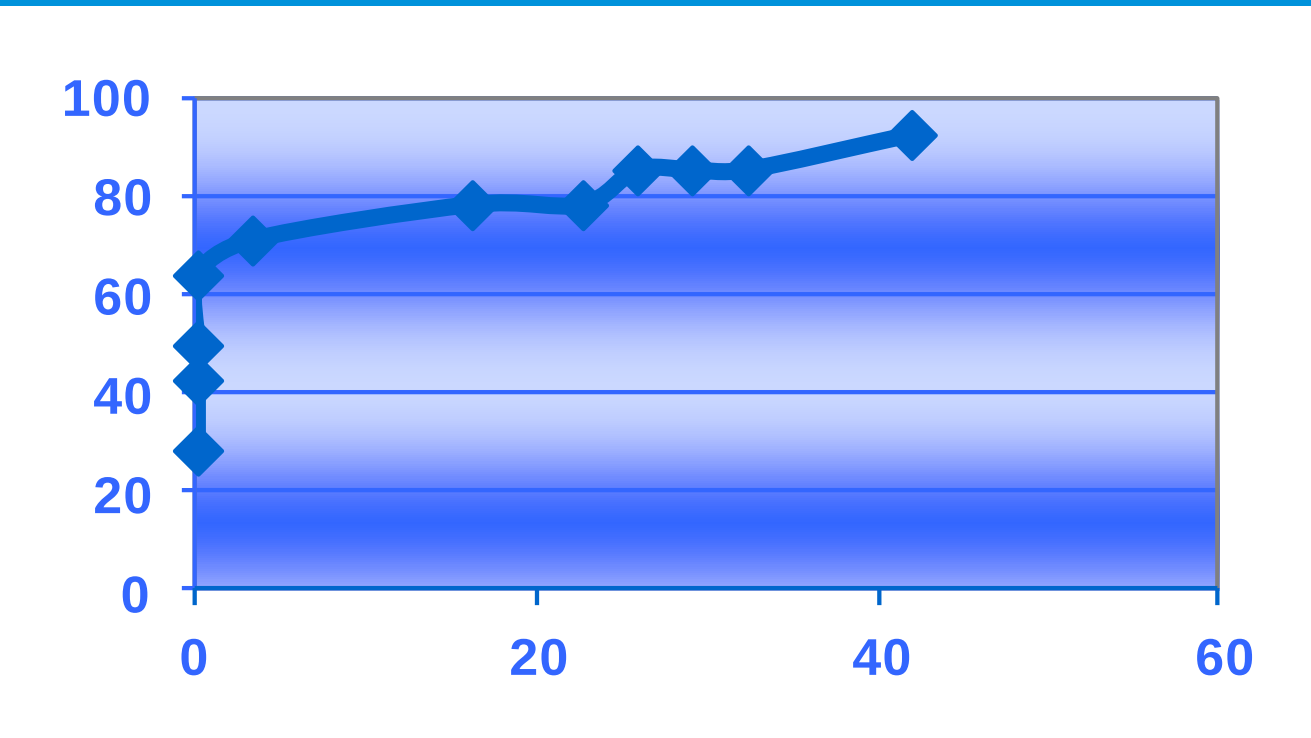


Figure 1 : Courbe ROC discriminant les deux groupes

La courbe ROC nous a permis de déterminer une valeur seuil de la Tg de 6 ng/ml qui permet une bonne discrimination entre les deux groupes, soit entre une réponse excellente et une réponse incomplète (biochimique ou morphologique).
Les performances de la valeur seuil de la Tg sont résumées dans le tableau II.

Tableau II : Performances du seuil de la Tg

Sensibilité	Spécificité	Valeur prédictive positive	Valeur prédictive négative	Exactitude
85,7 %	74,2 %	60 %	92 %	77,8 %

La répartition des patients selon cette valeur seuil est résumée dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des patients selon la valeur seuil de la Tg

	Réponse excellente	Réponse incomplète
Tg < 6 ng/ml	23	2
Tg ≥ 6 ng/ml	8	12

Parmi les 31 patients ayant une réponse excellente à un an, 23 (74 %) avaient un taux de Tg initiale en stimulation significativement inférieur à 6 ng/ml, voire indétectable chez 17 d'entre eux.
Parmi les 12 patients ayant une réponse incomplète à un an et une Tg supérieure ou égale à 6 ng/ml, 6 patients avaient une Tg initiale supérieure à 50 ng/ml. La valeur était supérieure à 100 ng/ml chez 4 de ce sous-groupe.

DISCUSSION

La Tg est sécrétée exclusivement par les cellules folliculaires de la thyroïde. Elle représente alors un marqueur spécifique des CDT de souche folliculaire.
La valeur initiale de la Tg en état de stimulation, réalisée au moins deux mois après thyroïdectomie, est considérée comme la méthode la plus sensible pour le diagnostic d'une maladie résiduelle ou des métastases.
Autre sa valeur diagnostique dans la détection des rechutes et des métastases, la Tg initiale a une valeur pronostique.
La première Tg en état de stimulation mesurée 2 mois après une thyroïdectomie totale et avant irathérapie permet de prédire l'évolution à un an.
Une Tg supérieure à 6 ng/ml permet, avec une bonne sensibilité de 85,7 %, de détecter les patients ayant un risque élevé de progresser à un an vers une rémission incomplète et de développer des métastases.
Ces patients devraient avoir un traitement plus adapté au risque et une surveillance plus rapprochée.

NB : pas de conflit d'intérêt.