

Evaluation de la qualité de la prise en charge initiale des patients atteints de cancers différenciés de souche folliculaire de la thyroïde en 2014 en Midi-Pyrénées

P. Hadjadja^a (Dr), P. Caron^a (Pr), E. Oum Sack^b (Mme), P. Grosclaude^c (Dr), S. Grunenwald^{*a} (Dr)
^a Service d'Endocrinologie et Maladies métaboliques, CHU Larrey, Toulouse, FRANCE ; ^b Réseau régional de cancérologie Onco-occitanie, Toulouse, FRANCE ; ^c Registre des cancers du Tarn Réseau régional de cancérologie Onco-occitanie, Toulouse, FRANCE
 * grunenwald.s@chu-toulouse.fr

CONTEXTE ET OBJECTIF

L'incidence des cancers thyroïdiens différenciés de petite taille et de très bon pronostic augmente; les dernières recommandations proposent une désescalade thérapeutique.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la prise en charge des cancers différenciés thyroïdiens dans la « vraie » vie, en s'attachant à l'étude de la prise en charge des cancers de bon et de très bon pronostic, en 2014, dans la région Midi-Pyrénées.

PATIENTS et METHODES

- Par une méthode Delphi nous avons créé 30 indicateurs de qualité de la prise en charge, puis analysé la prise en charge selon les recommandations de la SFE 2007 ou de l'ATA 2015.

- Eude rétrospective décrivant la prise en charge initiale de 363 patients (73% de femmes, âge 53 ans) atteints d'un cancer thyroïdien différencié (99,4% papillaire, taille médiane 11 mm) diagnostiqués en 2014 en Midi-Pyrénées inclus via le dossier communiquant en cancérologie (DCC) du réseau régional de cancérologie Oncomip.

- Recueil de données: fiches RCP (via le DCC), dossiers médicaux consultés dans les différents lieux de prise en charge, dossiers de médecins libéraux.

PRINCIPAUX RESULTATS

- 362 patients ont été opérés (84% thyroïdectomie totale), 183 ont bénéficié d'une totalisation isotopique (30mci pour 52,5%).
- Les éléments nécessaires pour déterminer le risque de récurrence étaient présents dans 65,5% des comptes rendus anatomopathologiques.
- La proportion de thyroïdectomie totale ne différait pas en fonction de la taille du cancer mais le curage récurrentiel prophylactique était moins fréquents pour les cancers < 1cm (p=0,01).
- Concernant la totalisation isotopique, les recommandations de l'ATA 2015 étaient plus souvent respectées pour les cancers les plus agressifs. 10% des faibles risques selon l'ATA 2015 ont eu une totalisation chirurgicale et 29% une totalisation isotopique.

RESULTATS

• Le diagnostic était fait dans 10,2% lors de la cytoponction (contenant dans 49% le mot « Bethesda »), dans 15,7% sur une extemporané et dans 74,1% sur l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

• 362 patients ont été opérés dont 84% d'une thyroïdectomie totale et 16% d'une hémithyroïdectomie. 10,5% des patients ont eu une reprise chirurgicale. Lors de la première chirurgie, 23,2% ont eu un curage récurrentiel et 2,8% un curage jugulo-carotidien.

• Les éléments nécessaires pour déterminer le risque de récurrence étaient présents dans 65,5% des comptes rendus anatomopathologiques de thyroïdectomie et 89,7% de ceux des curages

• La chirurgie s'est compliquée d'une hypoparathyroïdie transitoire chez 23% des patients et définitive chez 3,2% d'entre eux et d'une paralysie récurrentielle transitoire dans 7,2% des cas, persistante à 1 an chez 0,3% des patients.

• 183 patients ont bénéficié d'un traitement par irathérapie: 47,5% à 100 mCi, 52,5% à 30 mCi, un patient a été retraité pour une dose cumulée de 110 mCi. 80% des patients ont bénéficié d'une consultation et d'un bilan pré-thérapeutique avant ce traitement.

• La notion d'un traitement par hormones thyroïdiennes a été retrouvé chez 92% des patient, celle d'une TSH à 3 mois chez 35,5% et celle d'un bilan en défreination chez 30%. Une échographie cervicale a été retrouvée chez 38,3% des patients.

• La fiche RCP contenait respectivement dans 88,4% et dans 87,9% le stade pT et pN du cancer mais dans 12,9% des cas le stade pM.

• Pour 64,2% des patients la prise en charge réalisée correspondait à la décision donnée en RCP.

Description de la population

Patients enregistrés par le registre: N= 423

Patients inclus: N=363

Patients exclus: N=60
 15 aucune information
 1 tumeur bénigne
 1 carcinome médullaire
 2 carcinomes oncocytaires
 5 diagnostics en 2015
 4 diagnostics antérieurs à 2014
 1 pas de tumeur diagnostiquée avec certitude
 26 pris en charge en dehors de la région
 5 récurrences

	N / Médiane	%
Sexe F/H	266/97	73,3/26,7
Age (années)	53	
Papillaire/vésiculaire	360/1	99,4/0,3
Micropapillaire	179	49,5
Taille	11 mm	
Bilatéraux	67	18,5
pT 1/2/3/4	241/58/53/1	66,6/16/14,6/0,3
pN 0/1/x	91/42/229	25,1/11,6/63,2
pM 0/1/x	182/1/179	50,3/0,3/49,4

Indicateur de prise en charge des cancers de bon pronostic.

Proportion de patients ayant eu une totalisation chirurgicale et /ou isotopique pour une tumeur intraparenchymateuse :	Totalisation chirurgicale/isotopique	N		
<u>pT1a</u> N0NXM0 R0, unique, de moins de 1 cm, sans facteur péjoratif anatomopathologique : SFE	3/6	143	2,1%/4,2%	SFE
<u>pT1</u> N0,NX, R0, absence d'histologie agressive, unique ou multiple, de moins de 2 cm, sans facteur péjoratif anatomopathologique : Recommandations régionales	14/43	216	6,5%/19,9%	Recommandation Régionales 2017
<u>pT1-2</u> N0M0,M0, R0, unique ou multiple, de moins de 4 cm, sans facteur péjoratif anatomopathologique : ATA	28/78	266	10,5%/29,3%	ATA 2015

CONCLUSION

Bien qu'il existe une évolution des pratiques avec diminution des traitements agressifs, on observe encore un sur-traitement des cancers à faible risque de récurrence.

CONFLIT D INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt