

# Les carcinomes différenciés de la thyroïde résistants à l'iode

Chiraz Halwani, Imène Zoghalmi, Wassim Ajmi, Khémaïes Akkagri, Rania Ben M'hamed  
Service d'ORL et CCF, Service de Médecine nucléaire - Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie

## Introduction

\* L'iode radioactif ( $^{131}\text{I}$ ) est un radionucléide thérapeutique efficace dans le traitement des carcinomes différenciés de la thyroïde opérés. Cependant des formes réfractaires existent. Ce sont ces patients qui ont une thyroglobuline postopératoire restée positive avec une scintigraphie négative ou restant positive malgré plusieurs cures à l' $^{131}\text{I}$ . Le but de notre travail était de détailler notre conduite thérapeutique face à cette situation et de rapporter nos résultats dans la prise en charge.

## Méthodes

\* Notre étude est rétrospective colligeant 12 cas de carcinomes différenciés résistants au traitement à l'iode radioactif après chirurgie, traités dans notre service.

## Résultats

**Age :** 46ans [20 à 88 ans].

**Sexe :** 8 femmes/4 hommes.

**Traitement initial :** thyroïdectomie totale avec un curage médiastino-récurrentiel (tous les cas).

**Type histologique :** carcinome papillaire (9 cas), carcinome vésiculaire (2cas), oncocytaire (1cas).

**Stade tumoral :** pT3 dans tous les cas, d'emblée N1 dans 2cas et M1 dans un cas (métastase osseuse et pulmonaires).

**Irathérapie :** \*Première cure débutée à 3mois en post opératoire.

\*Nombre total de cures entre 3 et 7 cures.

\*Diagnostic de maladie réfractaire porté au bout de 3ans de suivi en moyenne, dans 8 cas devant la persistance de l'hyperfixation sur la scintigraphie et dans 4cas devant une scintigraphie blanche avec une thyroglobuline positive. (anticorps anti Tg toujours négatifs).

**CAT diagnostique :** Bilan d'imagerie (échographie/ scanner cervical) retrouvant un reliquat au niveau de la loge thyroïdienne dans 4cas, des lésions métastatiques du rachis lombaire dans 2cas.

**CAT thérapeutique et évolution :**

\*reprise chirurgicale (dans 2 cas )(avec bonne évolution).

\* radiothérapie externe sur les métastases osseuses avec persistance de la lésion sur le dernier contrôle.

\*arrêt de l'irathérapie et surveillance clinique et radiologique( 9cas).

Nous n'avons pas observé de réascension de la thyroglobuline (dans tous les cas)

## Discussion

\*Iodo-résistance : corrélée à une perte de l'expression du transporteur sodium/iode ou son insertion défectueuse dans la membrane plasmique .

\*L'expression réduite du Na<sup>+</sup>/iode :associée à des mutations BRAF et RAS ou le réarrangement RET / PTC.

\*Les patients considérés réfractaires à l'iode 131 ont :

-soit au moins une métastase qui ne fixe pas l'iode 131 ;

-soit des métastases qui fixent l'iode radioactif mais qui ne répondent pas au traitement par l'iode 131 ;

-soit des métastases qui persistent après l'administration d'une activité cumulée d'iode 131 supérieure à 600 mCi.

\*Imagerie : essentielle pour identifier toutes les lésions tumorales cibles et pour la surveillance .

\*Imagerie = échographie cervicale, un scanner du cou, du thorax et de l'abdomen injecté , un scanner ou une IRM de l'encéphale et une IRM du rachis et du bassin.

\*Une TEP-FDG : fournit des éléments pronostiques , sa répétition permet d'apprécier la réponse au traitement

•Agents utilisés : des inhibiteurs des tyrosine kinases des VEGFR (et certains du PDGFR) et ont ainsi un effet anti-angiogénique, ou des inhibiteurs des kinases de la voie des MAPkinases).

•Indiqués : en cas de progression de la maladie démontrée par des examens morphologiques en accord avec les critères RECIST, et l'élévation des taux du Tg .

• Voie orale, effets secondaires sont en général tolérables (nausées, l'anorexie, l'hypertension artérielle et des effets cutanés).

•Réponse évaluée par :imagerie fonctionnelle, TEP-FDG, IRM ou échographie avec contraste .

•Les réponses prolongées incitent la poursuite de ces traitements pendant des mois, voire des années,

\* Survie de ces tumeurs à dix ans estimée à 10 %

## Conclusion

\* Dix pourcent des cancers de la thyroïde sont de mauvais pronostic, parmi eux les cancers réfractaires à l'iode 131. Un plus mauvais pronostic est observé chez les patients ayant une progression tumorale ou avec un diagnostic de résistance à l'iode dans les 3 ans suivant le diagnostic initial.

## Références:

1-M. Schlumberger. Prise en charge des cancers réfractaires de la thyroïde. Annales d'Endocrinologie 2011. 72. 149-157.

2- Barbara Jarzqb .Treatment of advanced thyroid cancer refractory to therapy . Thyroid Research 2013, 6:A22.

3- Stefania Bulotta ,Marilena Celano ,Giuseppe Costante, Diego Russo1. Emerging strategies for managing differentiated thyroid cancers refractory to radioiodine. Endocrine.2015.