

Traitement ablatif par Iode radioactif à 740MBq (20mCi) des cancers thyroïdiens à faible risque de récurrence : Cohorte prospective au CHRU de Besançon.



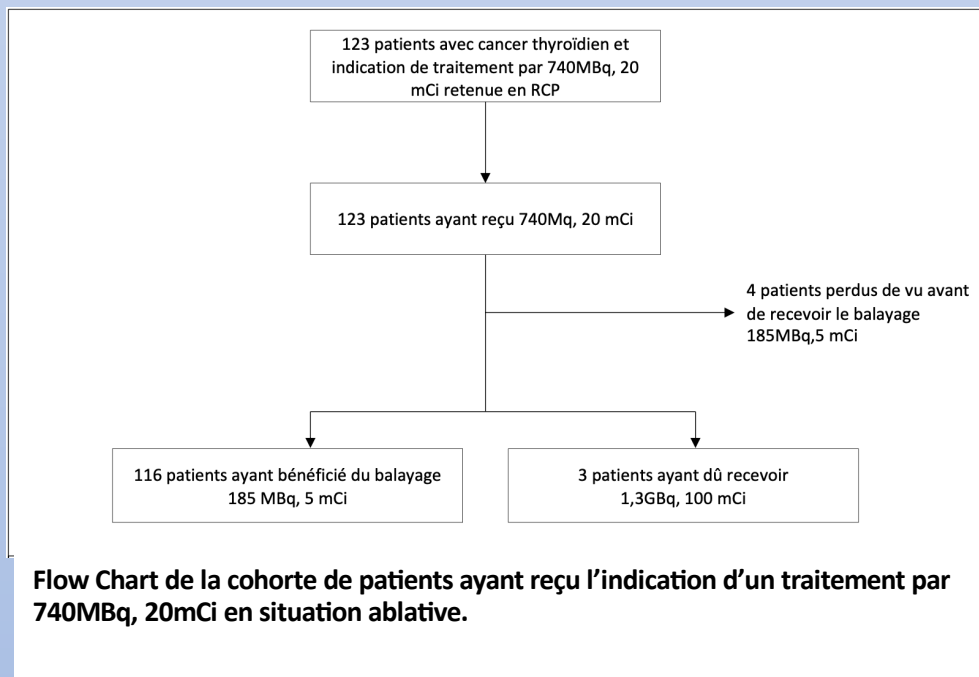
P.Combaud (Mlle)¹, F.Schillo (Dr)¹, S.Borot-Chopard-Lallier (Dr)¹
¹Service d'Endocrinologie, CHRU J Minjoz, Besançon

Introduction : Le traitement par Iode 131 des cancers thyroïdiens à faible risque de récurrence est un traitement à visée ablatif. Son bénéfice n'est pas prouvé. De faibles doses sont recommandées par les sociétés savantes¹. Nous avons étudié une cohorte de patients présentant un **cancer thyroïdien de faible risque** de récurrence pour lesquels un traitement ablatif par « mini dose » d'Iode 131 **de 740 MBq (20mCi)** a été administré en **ambulatoire**.

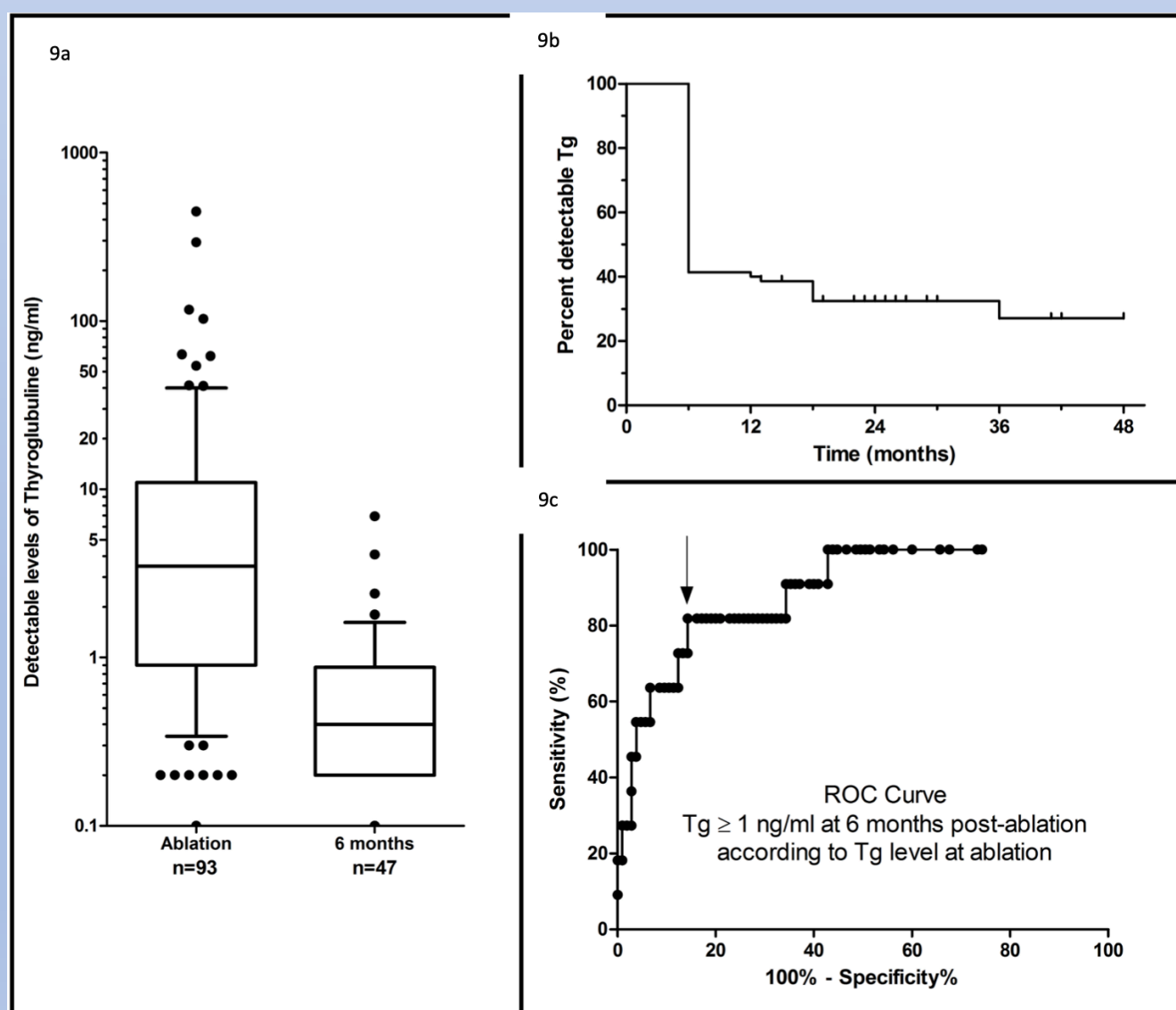
Patients et Méthodes : La dose ablatif était administrée dans le service de médecine nucléaire du CHRU de Besançon. Les critères d'inclusion étaient un âge de 18 ans ou plus, un **carcinome thyroïdien de faible risque**,
-**bien différencié (papillaire ou folliculaire)**,
-**de stade TNM post opératoire pT1 multifocal, pT1b (>10mm), pT2, N0 ou NX, Mo ou MX**,
-toutes autres situations où la RCP a décidé de la délivrance d'une dose d'Iode ablatif de 740 MBq (20mCi) (histologie trabéculaire / BRAF + si disponible / extension extra thyroïdienne microscopique / extension ganglionnaire minime définie par ≤ 5 ganglions envahis avec un taille <2mm).
L'ablation thyroïdienne était définie par l'obtention d'un taux de thyroglobuline stimulée par rhTSH à 6 mois de l'administration de l'Iode inférieur à la limite de quantification du kit de dosage.

Résultats : Entre 2012 et 2018, 123 patients ont reçu une dose d'Iode de 740 MBq (20 mCi) après thyroïdectomie. 116 patients ont pu être évalués. L'ablation était obtenue pour 59% des patients.

En utilisant le critère de Tg sous rhTSH < 1ng/ml, recommandé actuellement par les sociétés savantes², l'ablation était obtenue chez 86,2% des patients.



Conclusion : La « mini dose » de 740MBq (20 mCi) permet l'ablation thyroïdienne chez les patients présentant un cancer de la thyroïde différencié et à faible risque de récurrence. Cette mini dose peut être administrée en **ambulatoire** et permet une économie de coût (rapport de 3) en comparaison à une dose plus importante, administrée en chambre plombée.



9a. Évolution des valeurs détectables de Tg stimulée avant l'ablation et à 6 mois de l'ablation.
9b. Courbe de persistance d'une Tg stimulée détectable au cours du suivi (%).
9c. Courbe ROC des Tg stimulées avant l'ablation et à 6 mois de l'ablation.

¹ Traitement par Iode 131 des cancers thyroïdiens différenciés : recommandations 2017 des sociétés françaises SFMN/SFE/SFP/SFBC/AFCE/ SFORL.

² Haugen BR, Alexanet al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. janv 2016