

## Cancers de la thyroïde

<b>Epidémiologie</b>		% des tumeurs malignes, cancer endocrinien le plus fréquent.		Incidence ↑, mortalité constante		
<b>Anatomie Pathologique</b>	<b>Cancer épithélial :</b> - différencié de souche vésiculaire : papillaire, vésiculaire - r différencié de cellule C (para-folliculaire) - peu différencié et anaplasique <b>Cancer non épithélial :</b> - Lymphomes - Métastases					
		<b>Papillaire</b>		<b>Folliculaire ou vésiculaire</b>		<b>Médullaire de la thyroïde</b>
	<b>Fréquence</b>	Plus fréquent (80-90%)		Moins fréquent (10%)		5 %
	<b>Terrain</b>	Femme jeune		Homme âgé		Sporadique ou familial
	<b>Lésion</b>	Petites calcifications Non encapsulé Amas de cellules disposées en lignes avec des excroissances		Capsule : encapsulé ou invasif Cellules folliculaires disposées en follicules		Siège médio-lobaire, Sensible Stroma amyloïde Sécrétion d'ACE et de Calcitonine Sporadique ou Familial : - isolé ou – NEM 2 (a ou b)
	<b>Extension</b>	Proche en Proche : ADP > Métastases		Far : hémotogène Métastases > ADP		Hématogène et lymphatique
	<b>Métastases</b>	Os, poumons (tardives)		Os (fréquentes)		Os, poumons Foie, cerveau
	<b>Iode</b>	Présent		Carence (iode is Far or has Vanished)		
<b>Moléculaire</b>	Réarrangement RET/PTC Mutation B-RAF		Mutation RAS PPAR		Mutation RET	
<b>Clinique</b>		<b>Cancer différencié de souche vésiculaire</b>			<b>Cancer médullaire de al thyroïde</b>	
	<b>CDD</b>	- Nodule - Syndrome compressif cervical - ADPs cervicales - Métastases - Fortuite : thyroïdectomie pour une autre indication			- Nodule - Syndrome compressif cervical - ADPs cervicales - Métastases - Fortuite : thyroïdectomie pour une autre indication - Bilan d'une NEM 2 ou enquête familiale	
	<b>F. étio</b>	Irradiation cervicale externe pendant l'enfance ou l'adolescence - thérapeutique (lymphome de Hodgkin) - accidentelle Iode : Présent ⇒ Papillaire, Absence ⇒ Folliculaire			Mutation du proto-oncogène RET	
	<b>Terrain</b>	Sexe masculin (en faveur de malignité) Ages extrêmes (< 15 ans, > 60 ans) ATCDs : Personnels : - irradiation cervicale - Cowden, Gardner, polypose familiale, NFM 1 Familiaux : 2 cancers thyroïdiens épithéliaux			Tout âge Mutation du RET ou NEM 2 ATCDs : Personnels : NEM 2 Familiaux : NEM2 ou CMT isolé	
	<b>S. loc</b>	Nodule : - apparition récente - évolution rapide (> 20 % / a) - dur, pierreux - fixe à la déglutition			Nodule : - apparition récente - évolution rapide (> 20 % / a) - dur, pierreux - fixe à la déglutition - <b>sensible</b> - <b>situation : union 1/3 supérieur et 1/3 moyen</b>	
	<b>S. rég</b>	Compression : dysphonie, dyspnée, dysphagie			Compression : dysphonie, dyspnée, dysphagie	
<b>SG</b>	ADPs cervicales, Métastases Exceptionnellement : - dysthyroïdie - AEG			ADPS cervicales, Métastases Calcitonine : - diarrhée motrice – flushes Signes de NEM 2		

<b>Paracnique</b>	<b>CAT devant un nodule</b>		<b>Bilan d'extension : staging pré-opératoire</b>		
	1 <sup>ère</sup> intention : TSHus + Echographie cervicale Dosage de la thyro-calcitonine systématique 2 <sup>ème</sup> intention : scintigraphie, cytoponction TSH us N ou ↓ si ↓ ⇒ scintigraphie Echo ⇒ si taille ≥ 2mm		Tumeur ⇒ échographie : taille et limites Invasion ⇒ examen ORL ADP ⇒ Clinique ⇒ Echographie ⇒ Cytoponction échoguidée si > 8-10 mm + dosage TG in situ Métastases ⇒ TDM – IRM injectés, scintigraphie corps entier lors de l'IRAthérapie Si signes d'appels		
<b>Traitement</b>	<b>Moyens</b>	<b>Chirurgie</b>	<b>IRAthérapie</b>		<b>Hormonothérapie</b>
		Thyroïdectomie totale Curage ganglionnaire Thérapeutique Prophylactique	Ablatif : facilite le suivi par dosage de TG Diagnostic : staging de la maladie Thérapeutique : destruction des reliquats et des métastases Inutile chez les sujets à très bas risque de récurrence Recommandée chez les autres Absence de : CI (grossesse, allaitement) Surcharge iodée Sous stimulation maximale de tissu thyroïdien : - 1 mois d'hypothyroïdie ou – inj TSH rec 5 J avant Couplée à la scintigraphie corps entier Suivie par une contraception 6-12 mois		Frénatrice Substitutive
	<b>Indications</b>	<b>Cancer différencié de souche vésiculaire</b>		<b>Cancer médullaire de la thyroïde</b>	
		Thyroïdectomie totale Curage ganglionnaire IRAthérapie Hormonothérapie substitutive et frénatrice - Posologie : LT4 : 2 – 2,5 µg/Kg/J - Taux de TSH cible 0,1 µg/ml Surveillance (infra)	Thyroïdectomie totale Curage ganglionnaire du cou : systématique du compartiment central du cou Pas d'IRAthérapie Hormonothérapie substitutive non frénatrice Surveillance : Clinique Calcitonine et ACE – à 3 mois – tous les ans TSH annuelle		
<b>Surveillance</b>	<b>Outils de surveillance</b>		<b>Quand ?</b>		
		<b>Très bas risque</b>	<b>Bas risque</b>	<b>Risque élevé de récurrence</b>	
	Examen clinique	<b>Pas d'IRAthérapie</b> <b>A 3 mois :</b> - TG, - TSH, fT3 ⇒ adapter <b>A 6-12 mois</b> - TG - TSH, fT3 ⇒ auster - Echo ⇒ répéter si TG ↑ Résultats N ⇒ considéré guéri Arrêt du trt frénateur <b>Tous les ans :</b> Clinique, TG, TSH	<b>Lors de l'IRAthérapie :</b> Echo <b>A 3mois :</b> - TG - TSH, fT3 <b>A 6-12 mois</b> - TG - TSH, fT3 ⇒ auster - Echo ⇒ répéter si TG ↑ Résultats N ⇒ considéré guéri Arrêt du trt frénateur <b>Tous les ans :</b> Clinique, TG, TSH	<b>1 mois :</b> IRAthérapie sous sevrage Echo + TG/ anti TG <b>A 3 mois :</b> - TG, TSH, fT3 - +/- Echo cervicale ou autre imagerie <b>A 6-12 mois</b> - TG - TSH, fT3 - Echo <b>Tous les ans pendant au moins 5 ans :</b> – Clinique – TG – TSH, fT3 – Echo – Bilan cardiaque – DMO / 2 ans	
	Dosage TG / Ac anti TG				
B. thyroïdien : TSH, fT3					
Echographie cervicale					

### Risque de récurrence :

Risque	Très bas	Haut
Taille	Micro-carcinome < 1 cm, N0, M0	> 4 cm ou N1 ou M1
Topographie	Unifocale	Plurifocale
Type	Favorable (Papillaire)	Défavorable
Tyroïdectomie	Complète	Incomplète
Critères	Tous nécessaires	1 seul suffit

### Complications postopératoires :

Générales : - hématome compressif suffocant (dans les 48h ⇒ réintervention) – infection, abcès compressif - œdème - complications de l'anesthésie

Déficit fonctionnel des structures alentour : - hypoparathyroïdie (transitoire ou définitive) – hypothyroïdie (attendue) -paralysie récurrentielle (unilatérale ⇒ dysphonie, bilatérale ⇒ dyspnée laryngée)