

## CANCERS THYROÏDIENS PRIMITIFS

- cancer développé au dépend de la glande thyroïde
- touche surtout la femme de plus de 40ans

### Anapath :

- 1) **épithélioma** : développé au dépend du tissu glandulaire
  - a. **cancer différencié glandulaire** :
    - hormonodépendant (de TSH), reproduit l'aspect normal de la glande, sécrète de la Tg
    - cancer vésiculaire 30%, **cancer papillaire 70% (meilleur pronostic)**
  - b. **cancer médullaire de la thyroïde** :
    - non hormonodépendant
    - développé à partir des cellules C (cellule para-folliculaire)
  - c. **cancer indifférencié anaplasique** :
    - à grande cellules, à cellules fusiformes ou polymorphes
- 2) **sarcomes** : rare d'évolution rapide, développé à partir du tissu de soutien lymphomes et réticulosarcomes

### Clinique :

- 1) **forme évidente** : (cancer anaplasique)
  - syndrome compressif : dysphonie dysphagie, dyspnée
  - goitre dure, fixé, douloureux, d'aspect inflammatoire
  - évolution rapide avec extension locorégionales
- 2) **tumeurs apparemment bénignes**
  - a. nodule thyroïdien solitaire : d'allure bénigne, Dc à l'anapath
  - b. goitre multinodulaire : idem
- 3) **métastases révélatrices** :
  - se voit dans les cancers différenciés
  - métastase locorégionales, lâché de ballon, métastases osseuses
- 4) **cancer médullaire (CMT)**
  - **très lymphophile**
  - on retrouve la tumeur + signes d'extension locorégionale ADP
  - en plus de la TCT (thyrocalcitonine) le CMT sécrète : ACTH, catécholamines, pentagastrine...
  - autres signes associés : Sd de Sipple
    - diarrhée motrice, flush syndrome
    - association à un phéochromocytome
    - association à maladie de Recklinghausen
  - ces symptômes s'expliquent par la double appartenance de la cellule C thyroïdienne
    - **embryologie** : système endocrinien diffus (SED) dérive de la crête neurale
    - **histochimie** : système Amino Précurseur Uptake Decarboxylation (APUD)

### Paraclinique :

- 1) **scintigraphie thyroïdienne** : examen de base
  - il s'agit le plus souvent d'un nodule froid, parfois nodule chaud ou goitre multihétéronodulaire

## 2) échographie : essentielle

- l'aspect isoéchogène est le plus suspect → indication chirurgicale

## 3) cytoponction :

- n'a de valeur que si positif

### Traitement :

#### Cancer différencié hormonodépendant :

- chirurgie
- irathérapie a pour but de détruire les reliquats et éventuelles métastases
- si échec : radio thérapie
- hormonothérapie : TRT substitutif (après chirurgie) et freinateur
- chimio inefficace

#### Cancers anaplasiques et médullaires

- chirurgie en sandwich entre chimio et radiothérapie
- hormonothérapie substitutive (évothyroxine 100 à 300µg/j)

### Surveillance :

- repose sur le dosage de TSH et Tg pour les cancers hormonodépendants
- dosage de la TCT (thyrocalcitonine) et ACE pour les cancers médullaires
- toute élévation de Tg ou TCT signe la récurrence ou métastase
  
- surveillance clinique, radiologique et scintigraphique
- les cancers hormonodépendants vus tôt ont une survie à 20ans
- les cancers médullaires vus tôt ont une survie à 10ans
- les cancers anaplasiques vus tôt ont une survie à 05ans