

# Chirurgie du cancer différencié de la thyroïde

JC Lifante- JL Peix

Service de chirurgie générale et endocrinienne  
Centre Hospitalier Lyon Sud

# • Buts de la chirurgie ?

Seul traitement curatif du cancer thyroïdien

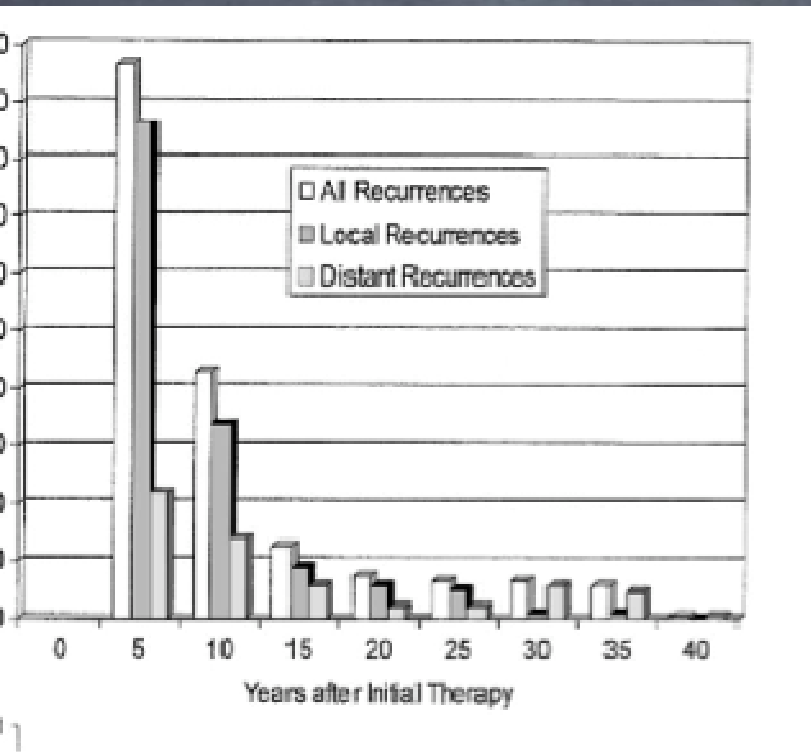
- Eradiquer tout le tissu tumoral macroscopique
- Limiter la morbidité du traitement de la maladie
- permettre un staging de la maladie
- Faciliter les traitements et la surveillance post opératoire
- Limiter les risques de récives.
- conférence de consensus : SFE . Ann endocrinol 2007

# Les Questions ?

- Etendue de la thyroïdectomie initiale ?
- Etendue du curage lymphatique ?
- Bilan pré opératoire initial ?
- Morbidité ?

Etendue de la chirurgie initiale

# VS Lobectomie



Mazzaferri et al. JCEM 2001

vie à 40 ans 94 % et 84 % pour les cancers papillaires et vésiculaires respectivement.

# VS Lobectomie

- Randomisation de 12000 suivi sur 25 ans pour comparer thyroïdectomie totale et lobectomie en terme de survie<sup>1</sup>.

# VS

## Lobectomie

- Etudes rétrospectives
- Classement en haut risque et faible risque variable selon les études
- définition de l'étendue de la résection variable selon les études
- administration d'iode radioactif, et freinage variable

# VS

## Lobectomie

- Hay et al. Surgery 1987
  - 860 Patients opérés entre 1946 et 1970.
  - Patients classés en faible risque et haut risque selon AGES.
  - Groupe à haut risque (14 % de la cohorte)
    - mortalité spécifique à 25 ans 65 % après lobectomie et 35 % après Thyroïdectomie totale (p=0.007)



# VS

## Lobectomie

- Hay et al. Surgery 1998
  - 1606 cancers à faible risque selon AMES
  - Mortalité à 30 ans 2.6 % après chirurgie unilatérale vs 2.5 % après chirurgie bilatérale (p=0.27)
  - Tx de récidence à 20 ans
    - 22 % après chirurgie unilatérale
    - 8.3 % après chirurgie bilatérale (p=0.0001)

# VS Lobectomie

- Mazzaferri et al. Am J med 1995
  - Cohorte de 1355 patients
  - Tx de récidence à 30 ans
    - 26 % après Chir bilatérale vs 40 % après chir unilatérale (p=0.002)
  - mortalité spécifique à 20 ans 6 % vs 9 % (p=0.02)

# VS

## Lobectomie

- Bilimoria et al. Ann Surg 2007
  - base de données nationale des cancer (NCDB)
  - survie des 52137 patients opérés entre 1985 et 1998
  - Excès de risque de récurrence de 57 % et de mortalité de 21 % pour la lobectomie
  - Biais (absence de renseignement sur l'extension extra thyroïdienne, le traitement freinateur, l'IRA, la réalisation d'une totalisation thyroïdienne)

- Avantages de la THT

- taux de cancers bilatéraux de 30 à 85 % selon les auteurs
- taux de récurrences (4,7 % à 85 %)
- permet l'IRA et la surveillance par la Tg

- Avantages de la lobectomie

- Microcarcinomes controlatéraux fréquemment asymptomatiques sans évolution ou signification clinique
- récurrences accessibles à une reprise chirurgicale
- moins de complication qu'après thyroïdectomie totale
- Pas de différence pour les cancers à faible risque
- Plus de 80 % des patients seront guéris quelque soit l'étendue thyroï

# Recommandations

- SFE : THT pour tous les cancers différenciés de la thyroïde
- ATA : THT ou «near total» MAIS une lobectomie reste acceptable pour les patients à faible risque (Kc intra thyroïdien < 1 cm sans extension ganglionnaire)
- NCCN : THT si age <15 ans ou > 45 ans , Atcds d'irradiation, métastases à distance, Extension extra thyroïdienne, tumeurs >4 cm ou variants agressifs sinon Lobectomie possible
- BAETS : lobectomie uniquement pour les microcarcinomes sans Atcds d'irradiation cervicale.

# Thyroïdectomie totale VS Lobectomie

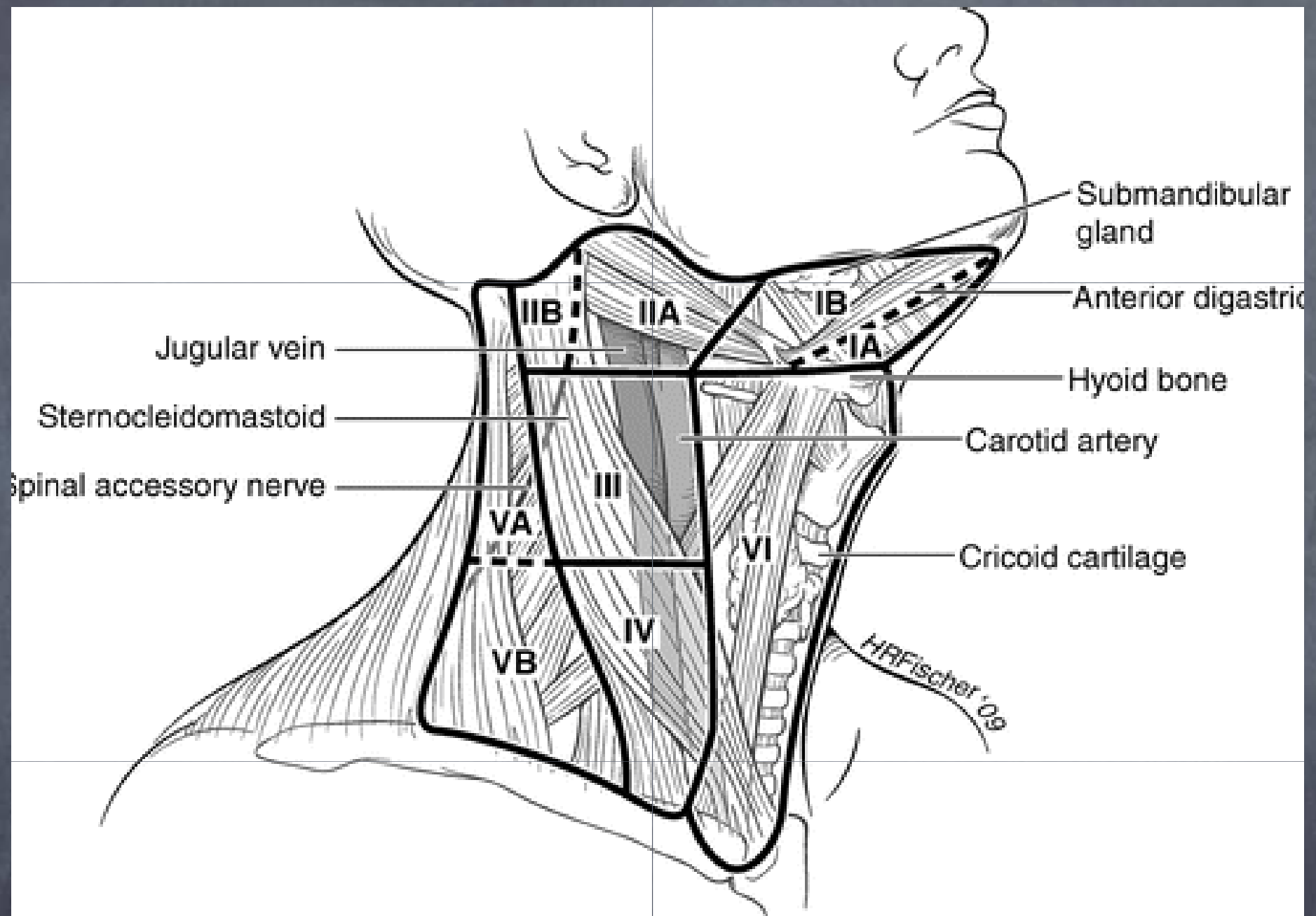
## Notre Attitude

- THT devant tout cancer différencié de la thyroïde.

Intérêt du curage central  
systématique.

# Rappel Anatomique





# Curage central systématique ?

- doit prendre en compte
  - l'influence des métastases ganglionnaires sur les récurrences et sur la survie
  - conséquences cliniques des métastases ganglionnaires selon qu'elles soient microscopiques ou macroscopiques
  - bénéfique /risque en terme de morbidité

# Curage central systématique ?

- Aucun doute sur la nécessité d'un curage ( central +/- latéral) si ganglions macroscopiquement envahis
- Problème : métastases ganglionnaires microscopiques

# Curage central systématique ?

- métastases ganglionnaires macroscopiques
  - 23 à 56 % des cancers papillaires
  - 5 à 13 % des cancers vésiculaires
- Noguchi réalisant un curage central retrouve des métastases lymphatiques dans plus de 80 % des cancers papillaires
- Evolution péjorative ? Efficacité de L'IRA ? efficacité du freinage hormonal ?

# Curage central systématique ?

- Problème méthodologique des études
  - Aucune étude n'analyse réellement l'impact des métastases occultes microscopiques
  - Les études sont de mauvaise qualité méthodologique
  - Permettent le plus souvent d'attester de l'impact sur la survie et les récurrences de la présence de métastases ganglionnaires macroscopiques

# Curage central systématique ?

- Koo et al Ann Surg 2009
  - étude prospective de 111 patients
  - THT + curage central systématique
  - 54.4 % des patients présentaient des métastases occultes dans le compartiment central
  - Métastases ganglionnaires homolatérales = facteur indépendant de métastases ggs controlatérales
  - Recommandent un curage central systématique complet

# Curage central systématique ?

- Henry et al. Arch Surg 1998
  - Comparaison des résultats des thyroïdectomies totales pour GMN / THT + curage central systématique pour CPAP
  - THT : Hypoparathyroïdie transitoire 8% et définitive 0 %
  - THT + curage : 14 % et 4 %.

# Curage central systématique ?

- Intérêt pour le staging ganglionnaire
  - élimine les Nx
  - réduirait l'administration systématique d'IRA



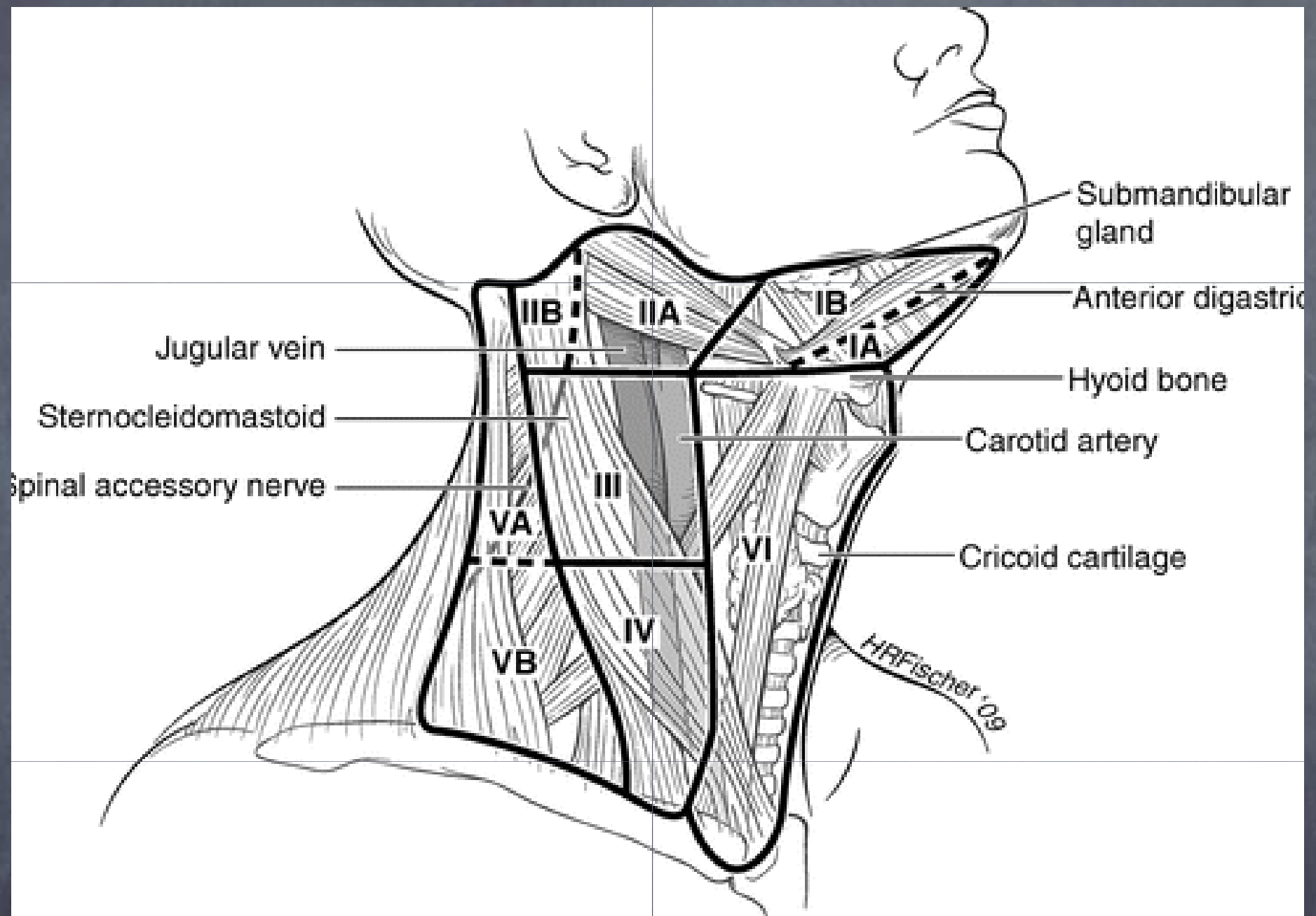
# Recommandations

- ATA : Le curage central systématique prophylactique peut être proposé pour T3 et T4 , la THT seule est recommandée pour les T1 et T2.
- NCCN : curage central SSI adénopathies suspectes ou métastatiques par un examen extemporané;
- BAETS : curage central si ganglions palpables, ou si CPAP à haut risque : Age > 45 ans, Taille >4 cm, T3.
- SFE : curage SSI métastases détectées en per opératoire

# Curage central systématique ?

- Donc nécessité d'une exploration complète du compartiment central lors de la chirurgie
- Notre attitude : THT + hémi-curage central systématique + exploration complète du compartiment central

Curage latéral systématique ?



# Curage latéral systématique ?

- Seuls les Japonais prônent un curage latéral systématique
- Arguments:
  - faible sensibilité et VPN de l'échographie
  - faible efficacité de l'IRA sur les ggs >1 cm

# Recommandations

- ATA, NCCN, : Curage latéral SSI métastases ganglionnaires prouvées histologiquement
- BAETS: Curage latéral si ggs palpables ou si cancers à haut risque : Age > 45 ans, taille > 4 cm, T3.

# Curage latéral systématique ?

- Notre attitude :
  - Jamais de curage latéral sans curage central
  - Jamais de curage latéral sans Adénopathie métastatique diagnostiquée avant la chirurgie

# Bilan pré opératoire

- Echographie : Bilan des adénopathies le plus près possible de la chirurgie
- Cytoponction :
  - Nodules, Adénopathies



# Problématique principale

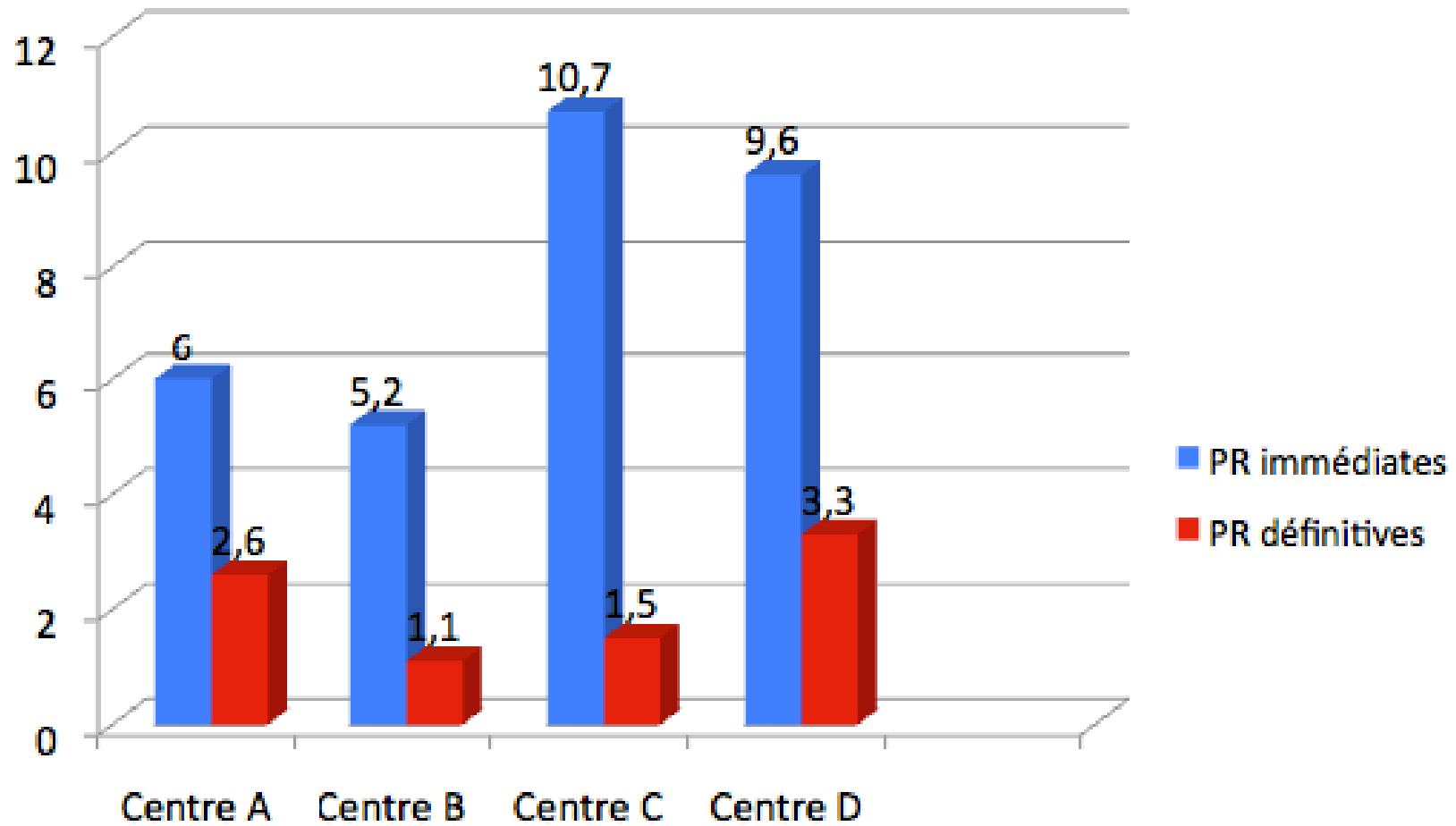
- Est ce un cancer de la thyroïde ?
- Faible intérêt de l'examen extemporané ?
- Si lobectomie simple «diagnostique»
  - Totalisation si l'intervention initial pour cancer aurait nécessitée une THT
  - Curage ?
  - Surveillance possible si pT1 et sujet jeune

Morbidité

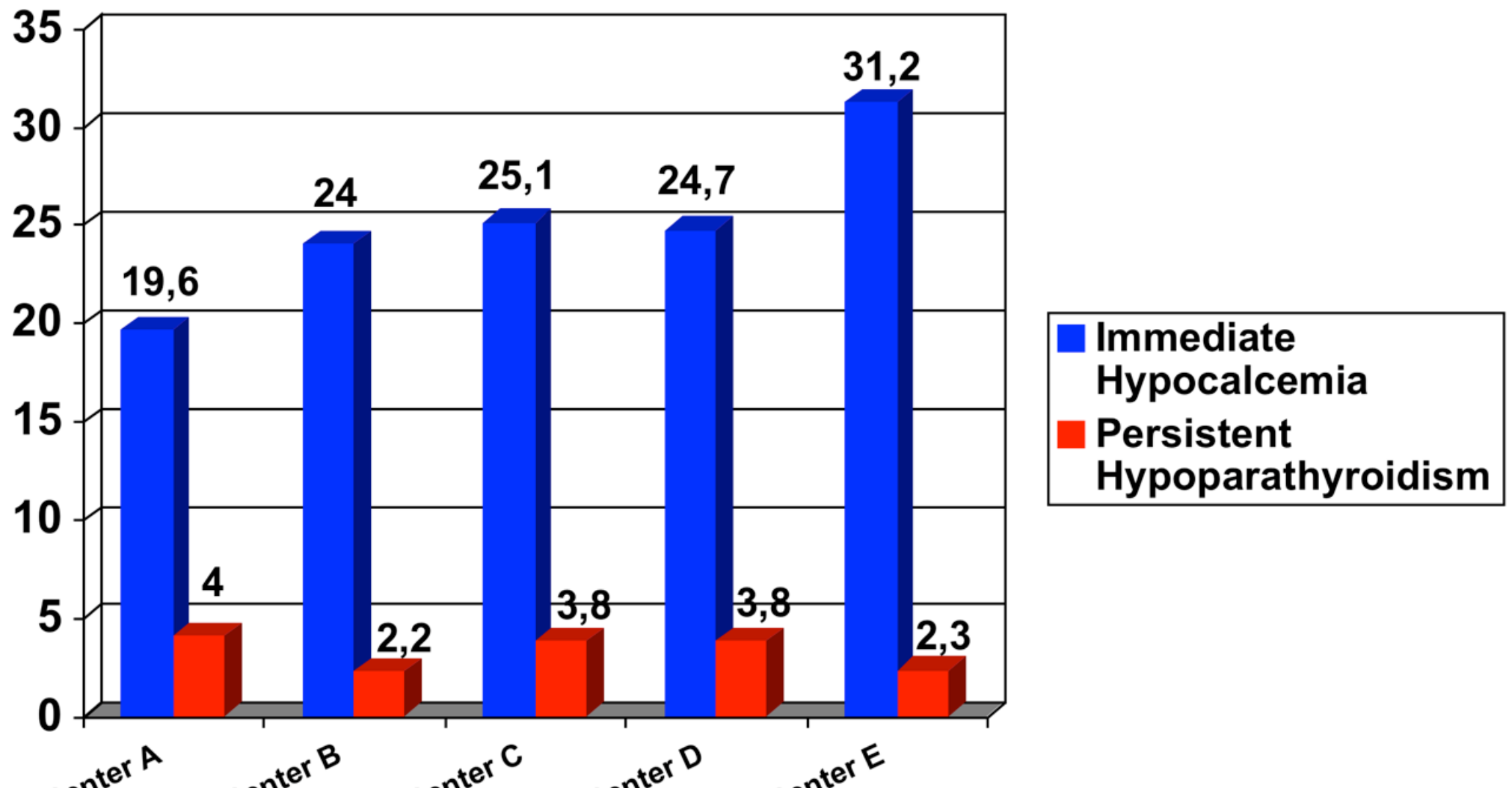
# Etude CATHY

- Etude prospective multicentrique
- Investigateurs principaux :
  - JC Lifante , JL Peix, C Colin, A Duclos (Lyon)
- Investigateurs associés
  - JF Henry, F Sebag (Marseille)
  - JL Kraimps (Poitiers)
  - F Menegaux (Paris)
  - F Battou, B Carnaille (Lille)

# Paralysies récurrentielles



# Hypoparathyroïdie post opératoire



# Conclusions

- Pas d'agressivité chirurgicale non justifiée
- Attention à la morbidité lourde sans amélioration de pronostic
- Discuter systématiquement le curage central
- Pas de curage latéral sans curage central
- Nécessite des chirurgiens expérimentés dans l'exploration du compartiment central.