

# Cancer différencié de la thyroïde et grossesse : Quelles perspectives ?

Faiza Boutekedjiret , Nassima Bel Hadj Aissa, N S FEDALA, L Ahmed ali, F Chentli

## Introduction :

Plusieurs études ont rapporté l'évolution rapide des cancers différenciés de la thyroïde au cours de la grossesse .Leur suivi n'est pas aisé et leur prise en charge pose le problème du choix thérapeutique entre la mère et le fœtus

## Objectif

Rapporter les cas observés au cours de notre pratique et préciser leur évolutivité.

## Résultats :

6 femmes âgées en moyenne de 27 ans (22-32) ont été hospitalisées pour prise en charge et décision thérapeutique d'un cancer différencié de la thyroïde associé à une grossesse évolutive. L'âge gestationnel était compris entre 02 SA et 12 SA. Le diagnostic du cancer était posé dans tous les cas avant la grossesse (08 mois en moyenne). Tous étaient de type papillaire. Les patientes ont bénéficié d'une thyroïdectomie totale (n= 3) et partielle (n=3) en pré grossesse. Le curage ganglionnaire n'a été effectué que chez deux patientes et aucune n'a bénéficié d'une totalisation isotopique. Le cancer a été classé à haut risque chez deux patiente ( T3, infiltration ganglionnaire, composante oncocytaire ou trabéculaire) motivant l'avortement thérapeutique chez elles afin de compléter rapidement la prise en charge thérapeutique (ira thérapie). Les autres patientes (n=4) dont celles ayant eu une thyroïdectomie partielle avaient une tumeur à faible risque. Ces dernières ont été adressées en chirurgie au cours du 2ème trimestre de la grossesse pour totalisation chirurgicale. La dernière patiente a été mise sous traitement freinateur à base de lévothyroxine et suivie (Examencinique, échographie cervicale, TG) durant toute la grossesse. Aucune évolutivité tumorale ou retentissement fœtal n'ont été constatés. Les quatre patientes ont été adressées pour cure d'irathérapie dans le post partum. Le balayage post thérapeutique n'a pas montré de récurrence ou de localisations secondaires

## Discussion

Le cancer différencié de la thyroïde est le deuxième cancer en terme de fréquence après le cancer du sein ( respectivement 14 pour 100000 et 19 pour 100000). Le rôle des œstrogènes et des HCG est incriminé. Cependant la grossesse n'est pas un facteur aggravant. À âge égal, le pronostic de ces cancers est le même chez la femme enceinte et non enceinte. Lorsque le cancer est de bon pronostic et la chirurgie bien menée, la croissance faible du cancer permet de mener la grossesse à terme. Une surveillance clinique et

échographique trimestrielle sont alors nécessaires. Le dosage de la TG n'est pas interprétable au cours de la grossesse du fait d'une augmentation de sa sécrétion par les œstrogènes. En cas d'évolutivité tumorale ou en cas d'apparition de métastases ganglionnaires, il convient d'opérer rapidement. La chirurgie doit être envisagée au cours du deuxième trimestre en sachant que le risque fœtal n'est pas négligeable. Le traitement freinateur par L-thyroxine est maintenu durant la grossesse, mais nécessite souvent une modification, à la hausse, des doses de médicaments généralement dès le deuxième mois pour maintenir le taux de T4 libre dans le tiers supérieur de la zone normale. Un contrôle du bilan hormonal thyroïdien sera pratiqué dès le premier trimestre et répété tous les deux mois. Après l'accouchement, le traitement antérieur à la grossesse est repris.

Dans tous les cas, le traitement par l'iode 131, s'il est indiqué, se fait après l'accouchement. Il ne semble pas exister de risque, notamment génétique, pour le fœtus. Cependant, il est fortement recommandé d'attendre, au moins, un an après un traitement par l'iode 131 avant d'envisager une grossesse.

## Conclusion

Les formes papillaires ou folliculaires bien différenciées ne doivent pas entraîner en cas de découverte précoce lors de la gestation d'interruption médicale de grossesse. La chirurgie thyroïdienne peut être pratiquée pendant la grossesse, idéalement au 2<sup>ème</sup> trimestre mais elle peut être différée au post partum. En cas de facteurs histologiques de mauvais pronostiques, un avortement thérapeutique doit être envisagé afin d'indiquer rapidement un traitement par l'iode.

Dans tous les cas une collaboration entre endocrinologues, gynécologues, chirurgiens, réanimateurs et médecins nucléaires est nécessaire