

CANCERS DIFFÉRENCIÉS DE LA THYROÏDE DE SOUCHE VÉSICULAIRE DE L'ENFANT TUNISIEN

D. BEN SELLEM, N. MAKNI, M.F. BEN SLIMENE
Service de Médecine nucléaire, Institut Salah Azeïz, Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

Le cancer différencié de la thyroïde (CDT) chez l'enfant et l'adolescent est une affection rare, dont l'incidence a nettement augmenté chez les patients ayant subi une irradiation à visée thérapeutique et après l'accident de Tchernobyl dans les régions contaminées.

L'objectif de notre étude consiste à mettre en relief d'une part, les particularités du CDT pédiatrique sur les plans épidémiologique, clinique et paraclinique, et d'autre part discuter les difficultés diagnostiques, les éléments pronostiques et approcher une attitude thérapeutique.

PATIENTS ET MÉTHODES

C'est une étude rétrospective incluant 24 carcinomes différenciés de la thyroïde (médullaires exclus) chez des enfants.

Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été recueillies.

RÉSULTATS

L'âge moyen au moment de la découverte était de $14 \pm 3,23$ ans avec des extrêmes allant de 7 à 18 ans et une médiane de 15,5 ans.

Une prédominance féminine était notée avec un sex-ratio femme/homme de 2,43.

La notion d'exposition aux irradiations n'a pas été retrouvée. En revanche, on a noté une dysphonie chez un patient et des antécédents familiaux de goitre chez un autre.

Le motif de consultation était :

- un nodule thyroïdien dans 12 cas (50 %) ;
- un goitre multinodulaire dans 8 cas (33,3 %) ;
- des adénopathies dans 4 cas (16,7 %).

Le traitement a consisté en une thyroïdectomie totale en :

- un temps dans 16 cas ;
- 2 temps dans les 8 cas restants.

Un curage ganglionnaire médiastino-récurrentiel a été pratiqué dans tous les cas.

Les suites postopératoires ont été marquées par une hypoparathyroïdie dans un cas.

L'examen anatomopathologique a mis en évidence un carcinome papillaire dans 83,3 % des cas et vésiculaire dans 16,7 %. La taille tumorale était en moyenne de $34,7 \pm 17,1$ mm avec des extrêmes variant de 13 à 80 mm. La tumeur était multifocale dans 70,8 % des cas et bilatérale dans 33,3 % des cas. Les métastases ganglionnaires étaient observées dans 79,2 % des cas et les embolies vasculaires dans 16,7 % des cas. Les métastases étaient exclusivement pulmonaires et observées dans 16,7 % des cas.

La classification TNM de nos patients est représentée dans le tableau 1.

Tous les patients ont été mis sous-opothérapie frénatrice et ont bénéficié d'une irathérapie.

La rémission (cartographie blanche isotopique et une thyroglobuline indétectable) a été obtenue chez 18 cas, soit 75 % des cas. Les six autres patients avaient une maladie résiduelle.

Au cours du suivi, deux patients ont rechuté précocement, l'un après 3 ans et l'autre au bout de 4 ans. La récurrence était locale bifocale dans le premier cas qui a nécessité une reprise chirurgicale et une 4^{ème} cure d'irathérapie. Dans le 2^{ème} cas, la récurrence était non iodofixante et donc réfractaire à l'iode 131.

Pour un recul de 2 à 30 ans, tous les patients sont vivants.

Classification TNM	Nombre de cas	Pourcentage
T1N0M0	2	8,3 %
T1N1M0	1	4,2 %
T2N1M0	3	12,5 %
T3N0M0	1	4,2 %
T4N0M0	1	4,2 %
T4N1M0	12	50 %
T4N0M1	1	4,2 %
T4N1M1	3	12,5 %

Tableau 1 : Classification TNM des patients

DISCUSSION

Le cancer de la thyroïde chez l'enfant est très rare, mais son incidence a nettement augmenté après la catastrophe de Tchernobyl dans les régions contaminées et après le développement des moyens de dépistage et de diagnostic.

On note une prédominance féminine.

Les signes révélateurs sont dominés par l'adénopathie cervicale dont l'association avec le nodule thyroïdien reste l'aspect le plus évocateur.

La scintigraphie au ^{99m}Tc à visée diagnostique révèle que 20 à 30 % des nodules froids chez l'enfant sont malins.

La multifocalité intrathyroïdienne, la présence de métastases à distance, l'envahissement de l'isthme, la variété vésiculaire mal différenciée et l'effraction capsulaire doivent conduire à une thyroïdectomie totale, à un curage ganglionnaire central et à une irathérapie en cas de résidu tumoral ou de métastase.

Si la morbidité opératoire des gestes limités est nulle, la morbidité des gestes extensifs associant à la thyroïdectomie totale un large curage ganglionnaire cervical doit être soulignée.

Le taux moyen de paralysie récurrentielle et/ou d'hypoparathyroïdie définitive varie, dans la littérature, de 5 à 13 %. Il doit, cependant, tenir compte de la qualité du geste chirurgical ; certaines équipes présentent une morbidité nulle dans leurs séries. Dans notre série, le taux de paralysie récurrentielle est de 0 % et le taux d'hypoparathyroïdie est de 4,2 %.

Les métastases pulmonaires restent plus fréquentes que celles de l'os et prennent l'aspect d'une miliaire isotopique sur un balayage corps entier, rarement révélées sur une radiographie standard des poumons. L'évolution est généralement très satisfaisante.

Le taux de récurrence ganglionnaire est important, évalué de 21 à 29 %. Grâce à l'association d'un traitement chirurgical et d'une irathérapie, une rémission complète prolongée, voire une guérison peuvent être obtenues.

Le pronostic dépend de plusieurs facteurs, à noter essentiellement :

- l'âge de l'enfant, le jeune âge (< 7 ans) est un élément péjoratif ;
- le sexe, la plupart des auteurs rapportent un meilleur pronostic chez le sexe féminin ;
- l'histologie est le facteur pronostique le plus important. En effet, le cancer papillaire apanage du jeune est de très bon pronostic à cause de son évolution lente ;
- l'envahissement ganglionnaire, la plupart des auteurs n'en tiennent pas compte dans la détermination du pronostic ;
- les métastases pulmonaires, surtout micronodulaires, sont de meilleur pronostic que les autres métastases (os, cerveau) ;
- l'effraction capsulaire en matière de cancer vésiculaire est aussi un élément péjoratif pronostique. On décrit 54 % de décès avant 15 ans.

Le taux de survie moyen est de 100 % après 10 ans et de 96,2 % après 12 ans.

CONCLUSION

Bien que les CDT de souche vésiculaire de l'enfant soient caractérisés par une importante extension initiale locorégionale et à distance, leur pronostic reste favorable.

Le traitement de référence reste la thyroïdectomie totale associée à un curage central et à une irathérapie.