

Indications du curage ganglionnaire dans les cancers différenciés de la thyroïde

N. Romdhane, I. Hariga, H. Dimassi, K. Cheikh, W. Abid, O. Ben Gamra, C. Mbarek.
service ORL CHU Habib Thameur, Tunis, TUNISIE

Introduction

- L'envahissement ganglionnaire dans les carcinomes différenciés de la glande thyroïde est présent dans 20 à 90% des cas au moment du diagnostic.
- L'étendue du curage, même en présence de ganglions palpables continue à faire débat.

Matériels et méthodes

- étude rétrospective
- 800 dossiers
- Patients opérés sur une période de 14 ans (2000-2013) pour un nodule unique (N) ou un goitre multinodulaire (GMN).

Résultats

- Histologie: bénigne= 644, Maligne= 152, Intermédiaire= 4 cas. Taux de malignité= 19%**
- Curage médiastino-récurrentiel (CMR)**
 - Bilatéral**, pratiqué en cas de GMN ou si la réponse confirmait d'emblée la malignité (75 cas).
 - unilatéral** (24 cas) si le résultat extemporané était différé pour les nodules solitaires et les GMN d'un seul lobe.
- Curage jugulocarotidien:**
 - pratiqué si le curage central était malin (homolatéral : 16 cas)
 - et en cas d'adénopathies découvertes en per opératoire (8 cas).
- Pour 67 patients, le diagnostic de malignité était porté sur l'examen anatomopathologique définitif : CP dans 28 cas, MCP dans 34 cas et CV chez 5 patients (voir tableau);**
- totalisation thyroïdienne + un évidement central controlatéral étaient pratiqués dans 17 cas (2,1%) sans reprendre la loge opérée (voir fig.3).**
- L'évidement est revenu métastatique dans 71,4% des cas pour le secteur central et dans 12,5% des cas pour le secteur latéral.**

Répartition selon le type histologique

| Anapath. définitive | Examen extemporané | | | |
|----------------------------------|-------------------------|-------|------|----|
| | Bénin | Malin | ARAP | |
| Malin (152 cas) | C. papillaire (72 cas) | 10 | 44 | 18 |
| | MCP (55 cas) | 31 | 21 | 3 |
| | C. vésiculaire (11 cas) | 3 | 6 | 2 |
| | C. Médullaire (2 cas) | - | 2 | - |
| | C. Anaplasique (8 cas) | - | 8 | - |
| | Lymphome (4 cas) | - | 4 | - |
| Potentiel de malignité incertain | 3 | - | 1 | |

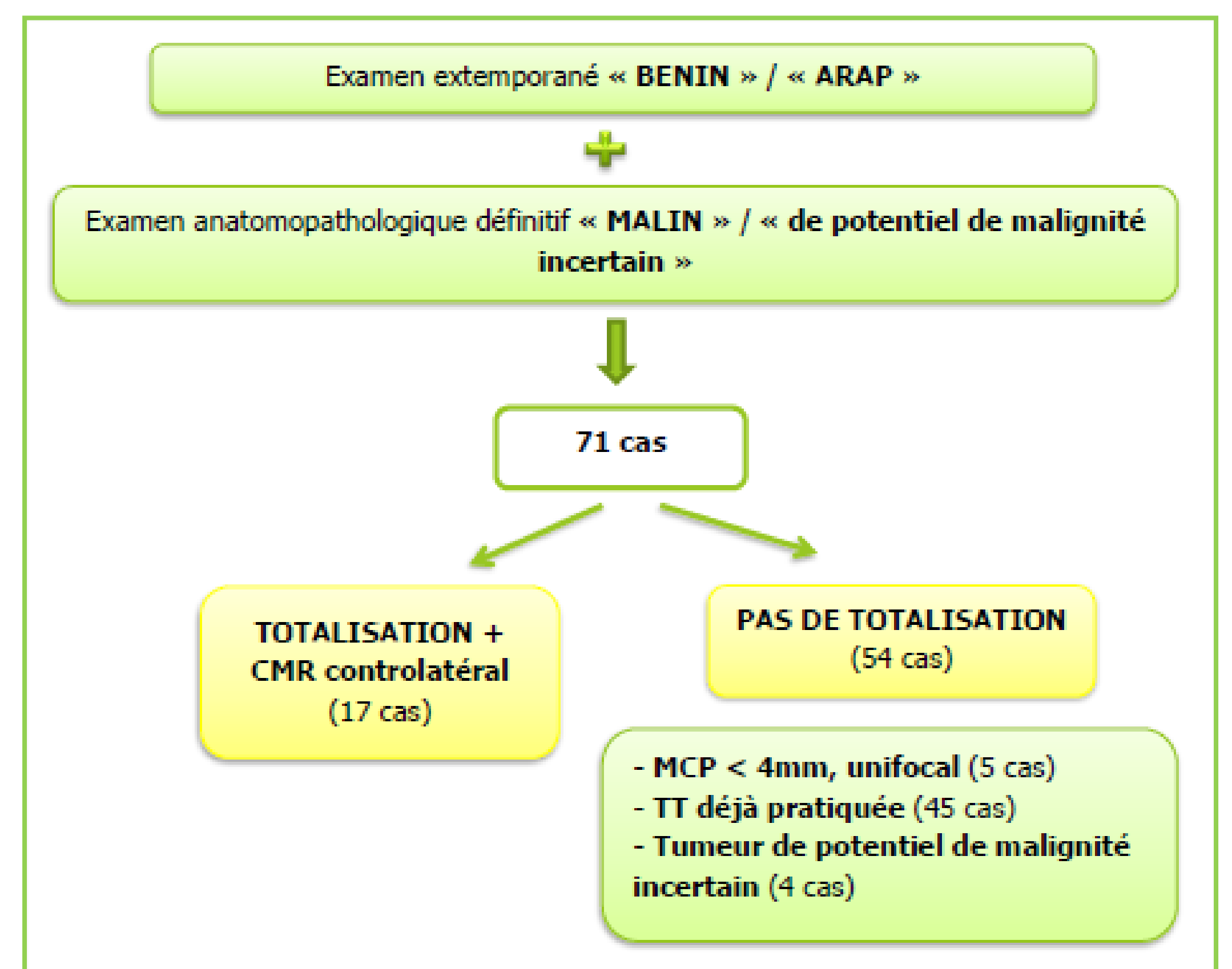
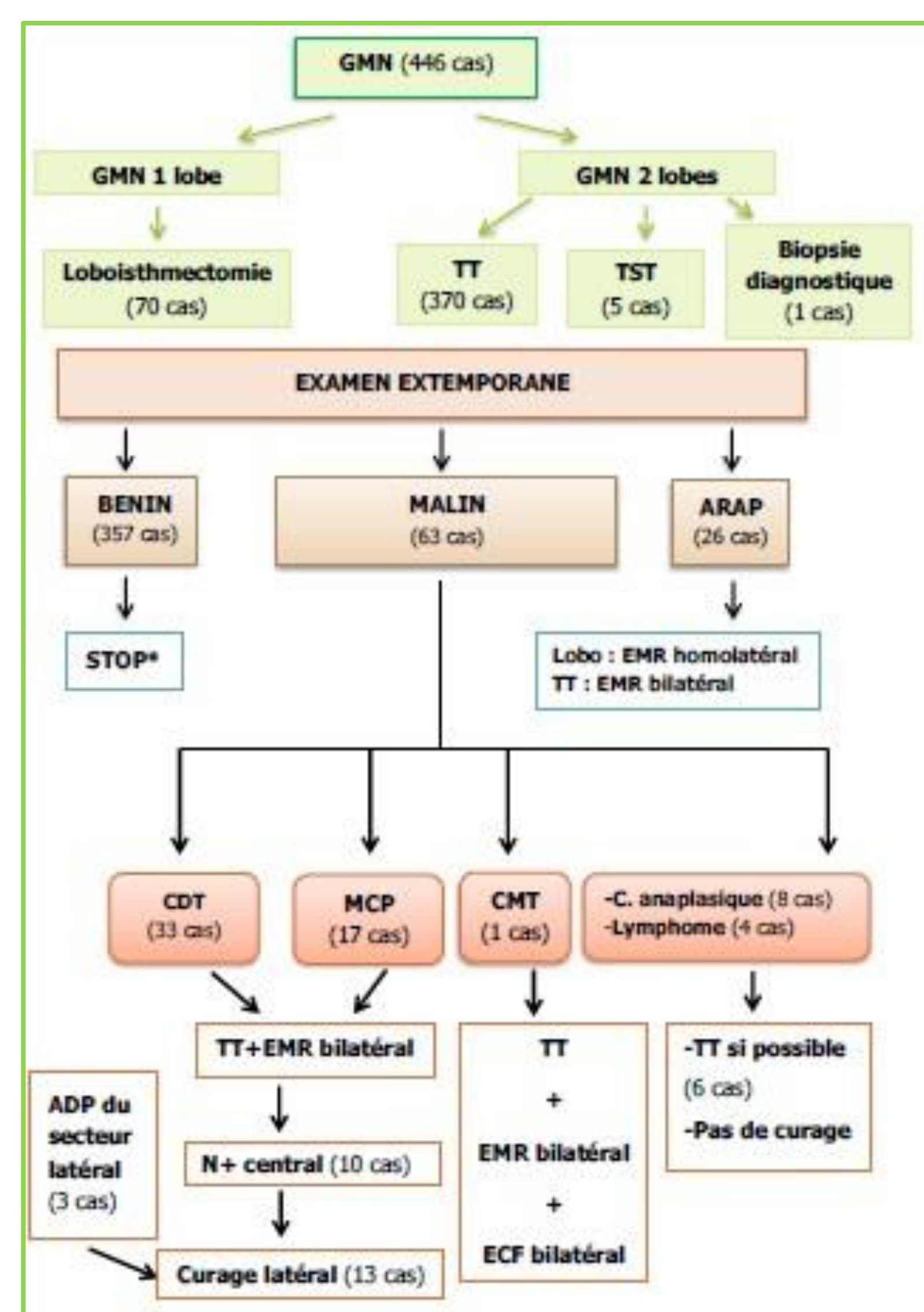
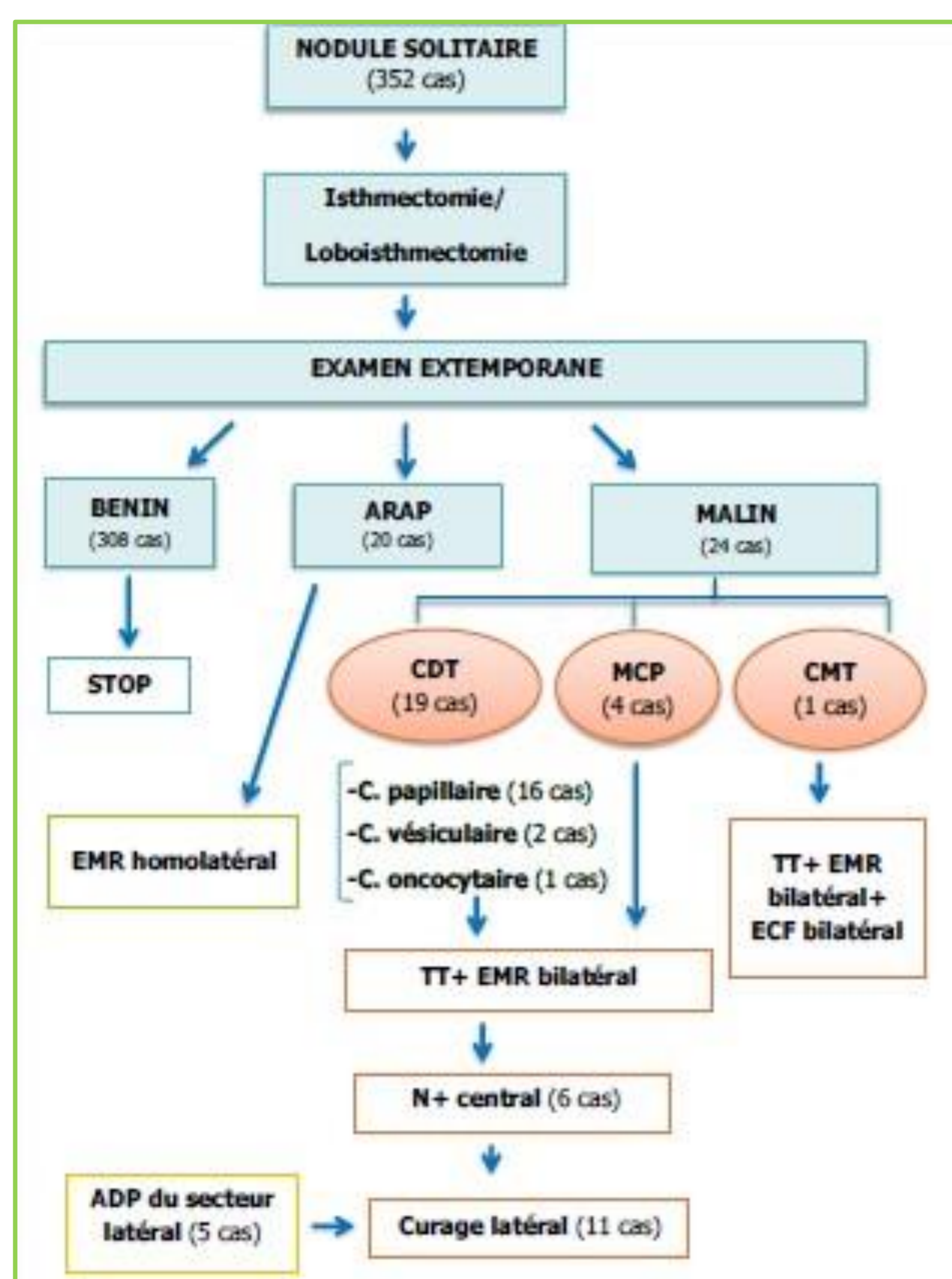


Fig.3: Attitude thérapeutique selon l'examen anatomo-pathologique définitif.

Fig. 1 et 2: Geste thyroïdien et sur les aires ganglionnaires en fonction de l'examen extemporané pour le nodule solitaire et le GMN

Discussion

❖ Indication du curage central dans les carcinome différenciés:

➢ CURAGE CENTRAL DE PRINCIPE (N0):

1) Diagnostic porté sur l'examen extemporané:

*ARAP ou malin → Unilatéral si lobo-isthmectomie
*Bénin+ cytologie maligne → Bilatéral si thyroidectomie totale

2) Diagnostic porté sur l'ex. anapath définitif:

| Carcinome différencié | MCP | |
|-------------------------|--------------------------------------|--|
| * C. papillaire > 1 cm | * Taille > 5 mm | * Faible différenciation tumorale |
| * C. vésiculaire > 2 cm | * Multifocalité | * Age <20 ans et > 40 ans chez l'homme |
| *Carcinome oncocytaire | *Bilatéralité | * Age >50 ans chez la femme |
| | *Rupture capsulaire | |
| | *Emboles vasculaires ou lymphatiques | |

→ TT + EMR controlatéral

➢ CURAGE CENTRAL DE NÉCESSITÉ (N1): bilatéral quelque soit le siège de l'adénopathie.

❖ Indication du curage latéral dans les carcinomes différenciés:

➢ CURAGE LATÉRAL DE PRINCIPE:

Homolatéral

- *Tumeur agressive (T3, T4, rupture capsulaire, âge>55 ans, variant agressif)
- * cN1a sans atteinte latérale
- *Siège : tiers supérieur du lobe

Controlatéral

- * Tumeur pT4
- ADP homolatérale du secteur latéral > 3 cm
- Variant histologique agressif
- Multifocalité

➢ CURAGE LATÉRAL DE NÉCESSITÉ: cN+ (clinique, échographique, per-opératoire),MCP avec cN+, cytoponction ganglionnaire positive

❖ Stratégie ganglionnaire en cas de carcinome médullaire: échographie cervicale+Calcitonine

*N0
*CT<400pg/ml

*cN+ du secteur latéral
*M-

M+

Si N+

EMR
ECF

EMR +
ECF (II, III, IV)

Chirurgie de décompression si nécessaire

Conclusion

La décision de curage ganglionnaire et de son extension doivent prendre en compte les données de l'examen clinique, échographique et celles de l'exploration per-opératoire des aires ganglionnaires.

❖ Conflit d'intérêt: aucun

Bibliographie

- Cooper S, Doherty GM, Haugen BR et al. Revised American Thyroid association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009;19:1-48.
- Mathonnet M. Lymph node dissection in non-medullary differentiated thyroid carcinoma. *Ann Chir* 2006;131:361-8.
- Guerrier B, Berthet JP, Cartier C, Dehesdin A, Edte-Sanson A, Le Clech G et al. Prise en charge ganglionnaire des cancers différenciés de souche folliculaire du corps thyroïde chez l'adulte. *Recommandations de la Société Française d'Oto*

- Rhino Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Paris 2012:491-562.
- Mbarek Ch, Ben Slama C, Benzarti S et al. Recommandations en pratique Clinique. Prise en charge du nodule thyroïdien. *Journal Tunisien d'ORL* 2009;23:1-41.
- Pacini F, Schlumberger M, Dralle H et al. Consensus européen pour la prise en charge des patients avec cancer différencié de la thyroïde de souche folliculaire. *Eur J Endocrinol* 2005;153:651-9.