

Prise en charge initiale des cancers thyroïdiens de souche folliculaire : étude de faisabilité dans le département du Tarn

S. Grunenwald^a (Dr), L. Daubisse^b (Dr), J. Goddard^c (M.), E. Oum Sack^c (Mme), E. Bauvin^c (Dr), P. Caron^a (Pr), P. Grosclaude^b (Dr)
^a CHU Toulouse, Toulouse, FRANCE ; ^b Régistre des cancers du Tarn, Toulouse, FRANCE ; ^c Oncomip - Réseau de Cancérologie de Midi-Pyrénées, Toulouse, FRANCE

INTRODUCTION

L'incidence des cancers thyroïdiens différenciés de petite taille et de très bon pronostic augmente. Pour en évaluer la prise en charge au niveau régional nous avons réalisé une étude de faisabilité via un échantillon de patients suivi par un registre départemental des cancers.

PATIENTS ET METHODE

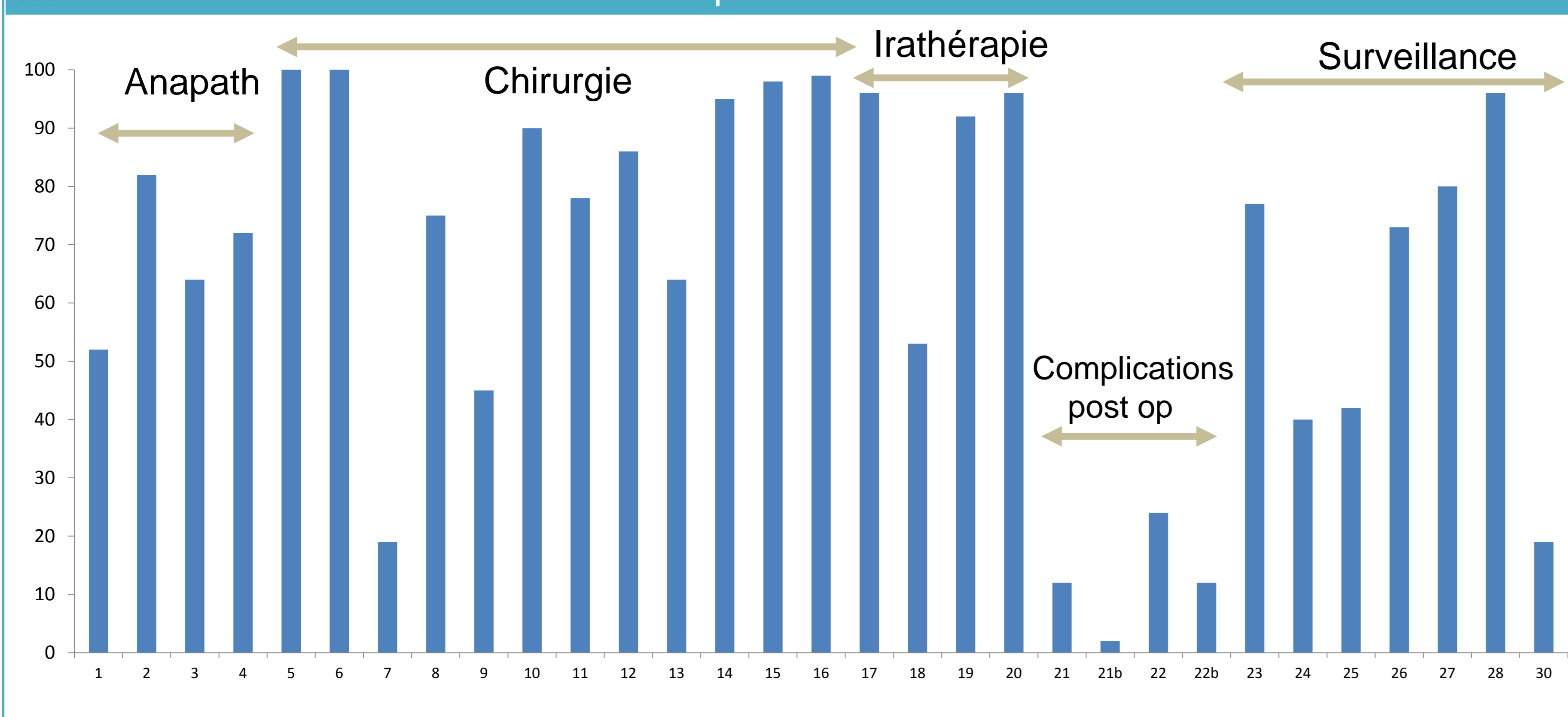
L'étude a été réalisée sur l'ensemble des cancers thyroïdiens diagnostiqués dans le Tarn entre 2010 et 2012. Par une méthode Delphi, nous avons créé 29 indicateurs de qualité (dont certains sont détaillés dans le tableau R3), puis en les agrégeant, des indicateurs synthétiques :

- de prise en charge minimale des patients à risque de récurrence intermédiaire
- d'abstention thérapeutique raisonnée pour ceux à très faible risque de récurrence

RESULTATS

149 patients (77 % de femmes, âge 53 ±14 ans) atteints d'un cancer thyroïdien différencié (54 % < 1cm, 77 % pT1, 8 % pT2, 13 % pT3, 2 % pT4) diagnostiqué en 2010-2012 ont été inclus. En moyenne, 78 % ont été présentés en RCP avec une amélioration au cours du temps (92 % en 2012). Les patients issus de catégories socio-professionnelles les plus favorisées avaient plus de chance d'être présentés en RCP (chaque quintile de défavorisation (EDI) diminue la chance d'être présenté en RCP de 0.6 %). Les résultats des indicateurs unitaires variaient de 19 % à 100 % (tableau 1) et n'étaient pas modifiés par la présentation ou non du dossier en RCP. L'indicateur composite de prise en charge minimale était de 77 %. Il était significativement meilleur chez les jeunes (OR: 6,2 <45/≥45 ans) mais ne s'améliorait pas avec le temps. L'indicateur composite d'abstention thérapeutique raisonnée était de 72 %. Il était meilleur pour une petite tumeur (OR: 7,4 <1/≥1 cm), si présentation en RCP (OR: 5,0) et s'améliorait avec le temps (OR: 2,1/année).

R1. Résultats des indicateurs sur le département du Tarn



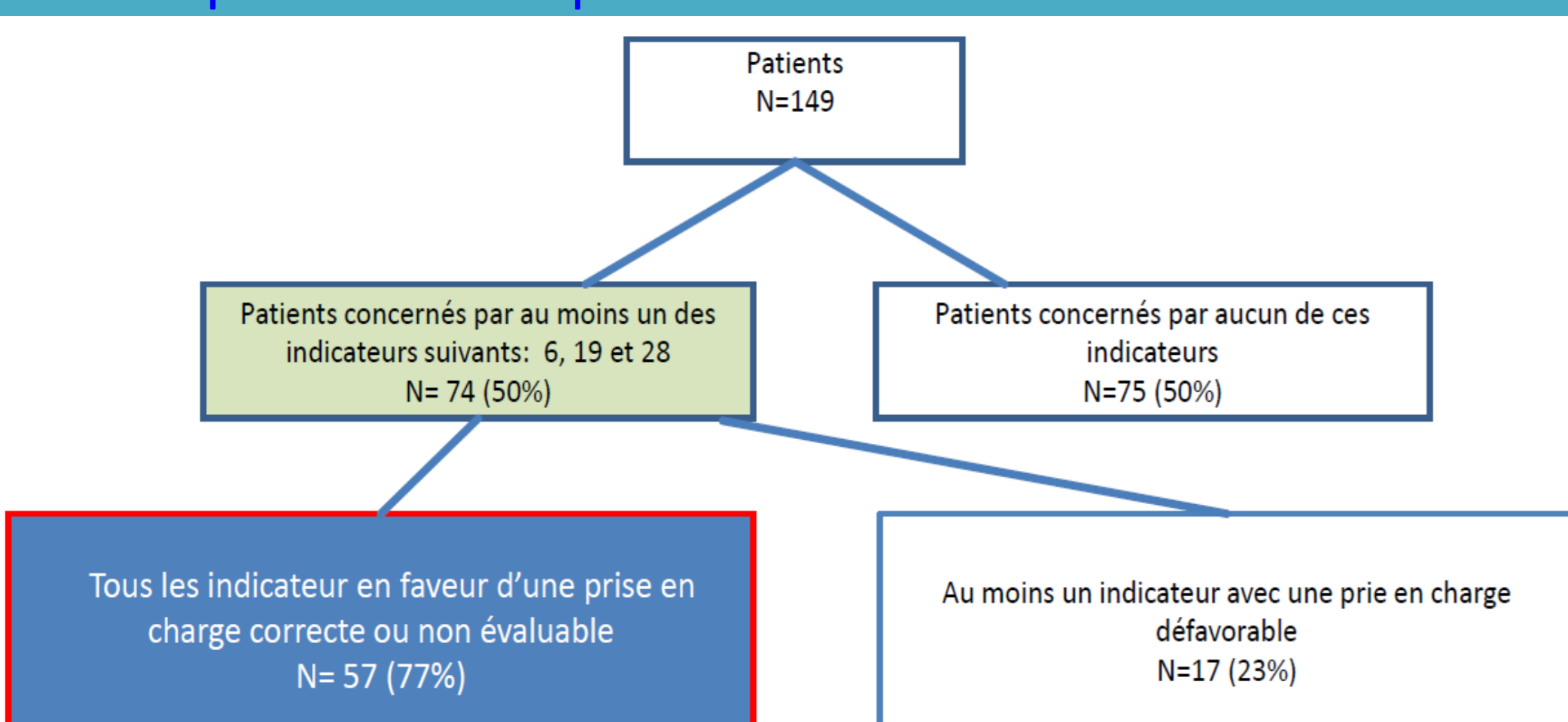
R2. Caractéristiques des 149 patients et de leurs cancers

	N	% / SD	Données manquantes
Sexe F/H	115 / 34	77% / 23%	0
Age (années)	53	14	0
	N / médiane	% / IQ 25-75	Données manquantes
pT 1/2/3/4	114/12/20/3	77/8/13/2	0
pN 0/1/x	16/19/114	11/13/76	0
pM 0/1/x	75/1/73	50/1/49	0
taille (mm)	10	4-18	2
micropap	81	54	0
multifocalité	46	31	0
bilatéralité	24	16	1
Résection incomplète	8	5	0

R3. Exemples de quelques indicateurs et de leurs résultats

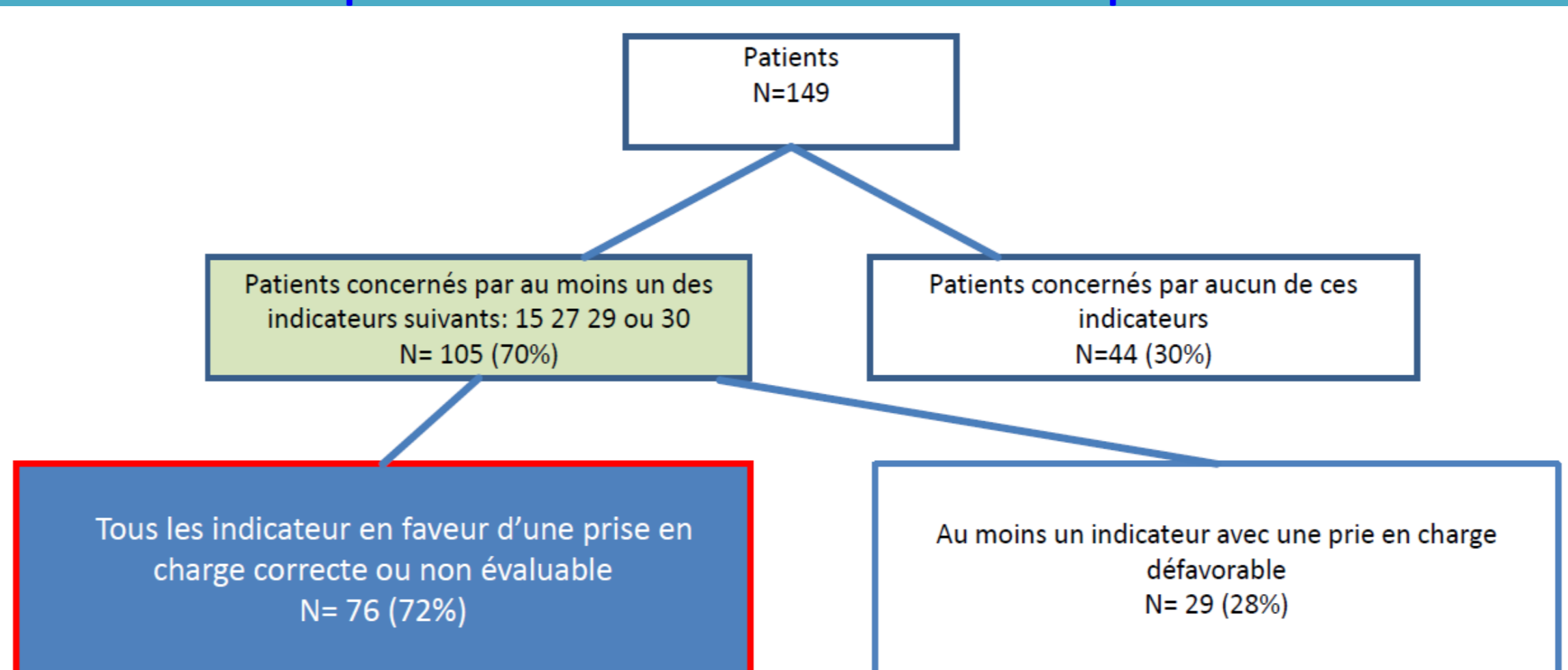
Numéro de l'indicateur	Indicateur	Nombre de patients concernés par l'indicateur	Adéquation avec l'indicateur
6	Tous les patients ayant un cancer de plus de 1cm ou une extension extra-parenchymateuse (pT3) devraient bénéficier d'une thyroïdectomie macroscopiquement totale (en un ou deux temps)	74	100 %
15	Aucun patient ne devrait avoir de totalisation chirurgicale (reprise chirurgicale) et/ou isotopique pour une tumeur intra parenchymateuse (pT1) unique de moins de 1 cm N0/x M0/x sans facteur péjoratif anatomopathologique	61	98 %
19	Tous les patients ayant un cancer de plus de 1 cm ou une extension extra-parenchymateuse (pT3) devraient bénéficier d'une totalisation isotopique	74	92 %
27	La surveillance par scintigraphie thyroïdienne ne devrait pas être réalisée en l'absence de facteur de mauvais pronostic: T3/4, N1, M1 ou type histologique défavorable ou Tg / AC anti thyroglobuline détectables ou fixation atypique sur la scintigraphie thérapeutique	101	73 %
28	Tous les patients ayant un cancer de plus de 1 cm ou une extension extra-thyroïdienne doivent bénéficier d'un dosage de thyroglobuline et d'anticorps anti thyroglobuline après stimulation endogène ou exogène 6 à 12 mois après le traitement	84	80 %
29	Les patients ayant un cancer unique de moins de 1 cm sans facteur de mauvais pronostic (pT1 N0/x M0/x sans type histologique défavorable et sans Tg en freination > 2 ng/ml) ne devraient pas bénéficier d'un dosage de thyroglobuline et d'anticorps anti thyroglobuline après stimulation endogène ou exogène	57	96 %
30	Les patients ayant un cancer unique de moins de 1 cm sans facteur de mauvais pronostic (pT1 N0/x M0/x sans type histologique défavorable et sans Tg en freination > 2 ng/ml) devraient avoir un taux de TSH 1 an après la chirurgie non freiné (normal): compris entre 0,5 et 2 mU/L	57	19 %

R4. Indicateur composite: prise en charge minimale des patients à risque de récurrence intermédiaire



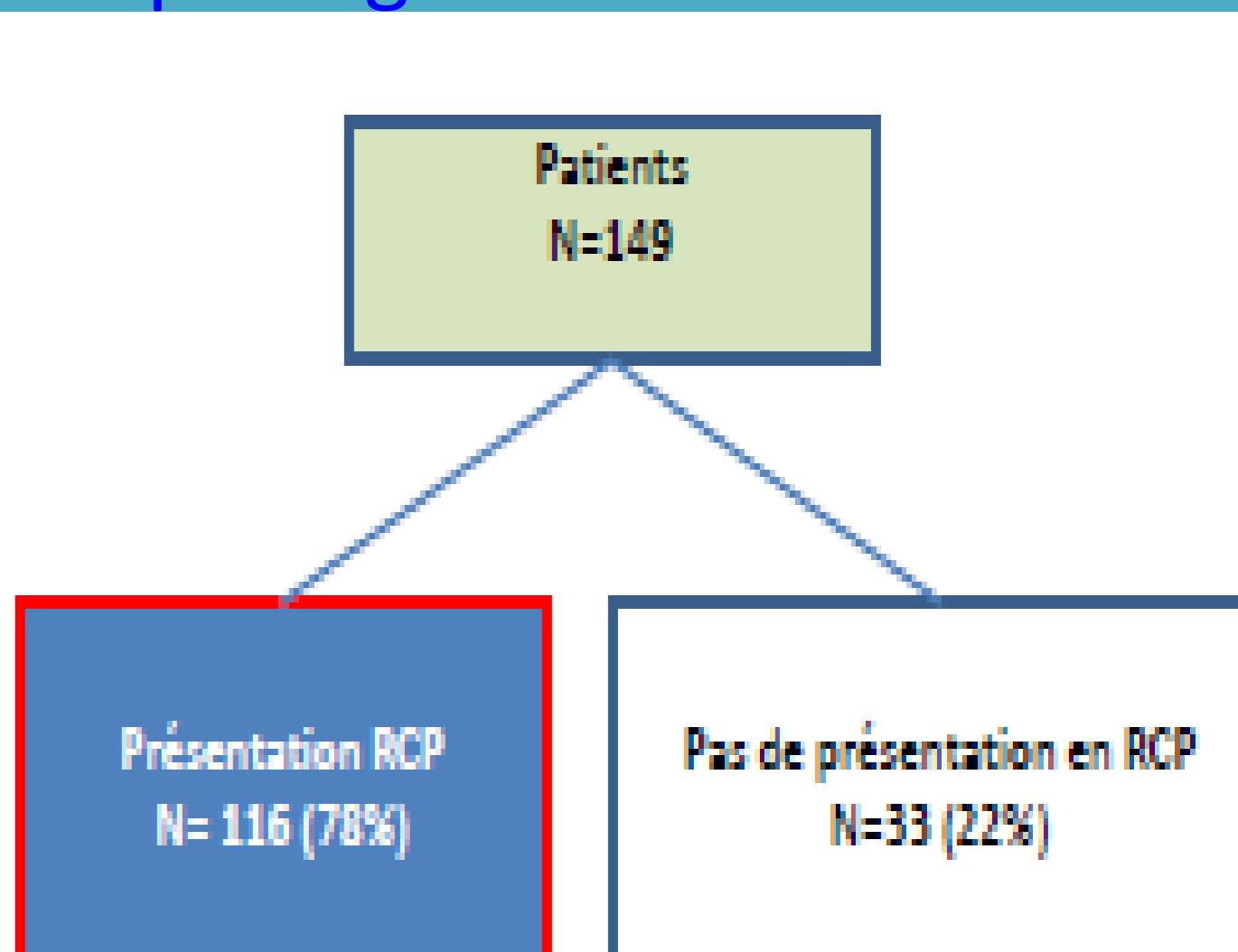
		OR	IC	p
Sexe	F	1		
	H	1.5	0.4	6.8
Age	>45 ans	1		
	<45 ans	6.2	1.2	31.7
Lieu chir	Autre	1		
	CHU/ICR	1.8	0.5	6.1
Année du diag	Par année	0.9	0.4	1.9

R5. Indicateur composite: abstention thérapeutique raisonnée pour ceux à très faible risque de récurrence



		OR	IC	p
Sexe	homme	1		
	femme	2.7	0.7	9.7
Age	≥ 45	1		
	< 45 ans	0.9	0.3	2.7
Taille	≥1cm	1		
	<1 cm	7.4	2.7	20.4
RCP	oui	1		
	non	0.2	0.1	0.8
Année diag	Par année	2.1	1.2	3.7

R6. Facteurs déterminant le passage ou non en RCP



		OR	IC	p
Sexe	F	1		
	H	0.6	0.2	1.6
EDI*	Par quintile	0.6	0.4	0.8
Année diag	Par année	2.1	1.2	3.6

* EDI: classes socio-économiques (la classe 0 étant la classe la plus favorisée et la classe 4 la moins favorisée)

CONCLUSION

Globalement la prise en charge est en accord avec les indicateurs définis par les experts régionaux. La qualité de la prise en charge des cancers thyroïdiens de souche folliculaire est mesurable. Une étude régionale va être réalisable sur la base du Dossier Communicant de Cancérologie (fiche remplie lors des RCP): compte tenu du faible nombre de cas qui ne passent pas en RCP, le biais sera faible.