



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

# Place actuelle de l'examen extemporané en pathologie nodulaire thyroïdienne<sup>☆</sup>



N. Guevara<sup>a,\*,1</sup>, S. Lassalle<sup>b,c,1</sup>, G. Benaim<sup>b</sup>, J.-L. Sadoul<sup>d</sup>, J. Santini<sup>a</sup>, P. Hofman<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Institut universitaire de la face et du cou, avenue de Valombrose, 06100 Nice, France

<sup>b</sup> Laboratoire de pathologie clinique et expérimentale (LPCE), hôpital Pasteur, centre hospitalo universitaire, voie Romaine, BP 69, 06002 Nice, France

<sup>c</sup> Tumorothèque-centre de ressources biologiques, hôpital Pasteur, centre hospitalo universitaire, voie Romaine, BP 69, 06002 Nice, France

<sup>d</sup> Service d'endocrinologie, hôpital L'Archet, route de Saint-Antoine, 06200 Nice, France

## INFORMATIONS

### Mots clés :

Thyroïde  
Examen extemporané  
Cytoponction à l'aiguille fine  
Chirurgie  
Centre de ressource  
biologique-tumorothèque  
Biologie moléculaire

## RÉSUMÉ

**Introduction.** – L'examen extemporané (EE) était jusqu'à lors considéré comme l'examen primordial pour guider l'importance de la chirurgie. L'essor de la cytoponction et sa standardisation récente ont remis en cause son intérêt systématique. Nous avons voulu évaluer le rôle actuel de l'EE et plus précisément le comparer à la cytoponction comme test diagnostique modifiant le geste chirurgical.

**Matériel et méthodes.** – Cette étude rétrospective a porté sur 1515 prélèvements thyroïdiens sur une période de 6 ans. Parmi ces 1515 prélèvements, 252 patients ont bénéficié à la fois d'une cytologie analysée dans notre unité et d'un EE. Soixante-neuf cancers, parmi ces 252 patients, ont été retrouvés.

**Résultats.** – La sensibilité et la spécificité de l'EE et de la cytoponction ont été de 75,36% et de 100% ; et de 31,88% et 100% respectivement. En présence d'une cytoponction maligne (22 patients), l'EE n'a pas influencé la décision chirurgicale. En présence d'un résultat de cytoponction autre que malin, l'EE a permis un diagnostic de cancer dans 13% des cas (30/230). Si l'on considère le sous-groupe de lésion vésiculaire (Bethesda 3 et 4), l'EE n'a modifié la stratégie opératoire que dans 6,2% des cas (6/97). L'EE a permis le diagnostic dans 81,25% (13/16) des cancers devant une cytoponction Bethesda 5 (21 cas) et dans 69% (9/13) des cancers devant une cytoponction non-significative (70 cas).

**Conclusion.** – Même si l'apport de l'EE est minime, il permet dans quelques cas une optimisation individuelle de la prise en charge chirurgicale. Une discussion médicoéconomique quant à l'utilisation systématique de cet examen est licite, notamment dans les cas de sous-groupe de lésion vésiculaire. Néanmoins, une systématisation des EE permet une amélioration de la qualité de lecture de cet examen difficile et opérateur dépendant, qui reste indispensable devant certains résultats de cytoponction.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

Malgré de nombreux guides de recommandations de bonnes pratiques en pathologie nodulaire thyroïdienne, des sujets comme l'examen extemporané (EE) restent controversés [1–6]. L'EE est un examen peropératoire macroscopique et/ou microscopique rapide après congélation d'un fragment tissulaire prélevé durant le geste chirurgical. Cet examen est classiquement l'examen primordial

pour guider l'importance de l'acte chirurgical [7]. Son utilité première est donc d'établir un diagnostic certain, l'efficacité de cet examen étant jugée sur sa capacité à éliminer les faux positifs afin de ne pas réaliser de « sur-traitement », c'est-à-dire de chirurgie extensive non nécessaire, mais aussi à limiter au maximum les faux négatifs pour diminuer les risques de « sous-traitement » (curage ganglionnaire non réalisé, thyroïdectomie en 2 temps).

Son utilisation systématique a été remise en question, notamment en raison de son rapport coût-utilité faible. Ceci est dû à la large utilisation de la cytologie, de plus en plus performante, comme méthode de tri-opératoire des lésions thyroïdiennes. La cytoponction thyroïdienne à l'aiguille fine est une méthode non invasive, simple, reproductible, peu coûteuse, bien acceptée par les patients et pratiquement dépourvue de complications. Son grand avantage est de permettre l'évaluation directe morphologique du tissu thyroïdien préopératoire, contrairement à l'imagerie. L'essor de la cytoponction qui est devenue systématique dans la prise en

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2014.02.006>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [guevara.n@chu-nice.fr](mailto:guevara.n@chu-nice.fr) (N. Guevara).

<sup>1</sup> Ces auteurs ont contribué de façon identique à ce travail.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2014.11.009>

1879-7261/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

charge du nodule mais également sa standardisation (classification de Bethesda) a permis une amélioration de la qualité de ces ponctions. De ce fait, les cancers papillaires sont souvent diagnostiqués en préopératoire et dans les autres cas, notamment de cytoponctions de type vésiculaire, l'EE est souvent mise en défaut.

Cependant, l'EE, en plus d'être un examen peropératoire, peut devenir la pierre angulaire d'un nouveau concept de pathologie intégrative [8–10]. En effet, la réception de pièces fraîches thyroïdiennes peut s'intégrer aussi bien dans la réalisation d'EE que dans la constitution d'un centre de ressource biologique-tumorothèque (CRB-tumorothèque) [11–13].

Par conséquent, l'envoi de pièces fraîches thyroïdiennes au travers de l'EE pourrait bénéficier au patient sur le court terme, permettant une adaptation chirurgicale « en direct » et à plus long terme, avec l'aval de la biologie moléculaire réalisée à partir du CRB-tumorothèque.

Au sein de cette nouvelle approche intégrative, notre étude a comparé l'EE à la cytoponction thyroïdienne à l'aiguille fine dans le cadre d'un test diagnostique pouvant modifier le geste chirurgical.

## 2. Matériels et méthodes

Cette étude rétrospective expérimentale diagnostique a porté sur tous les prélèvements thyroïdiens adressés pour EE et inclus dans le CRB-tumorothèque entre le 1<sup>er</sup> septembre 2004 et le 31 décembre 2010.

### 2.1. Sélection chirurgicale des patients

Nos critères de sélection chirurgicale se sont basés sur les recommandations nationales et internationales disponibles à l'époque [1], ainsi que sur notre expérience personnelle [14]. Ceci nous a donc permis d'adopter depuis 2004, une stratégie unique avec des indications opératoires bien codifiées. Nous avons distingué ainsi trois groupes d'indications opératoires : les complications mécaniques (compression de l'axe aérodigestif), les hyperthyroïdies (nodule isolé ou goitre multinodulaire) et les suspicions de cancer (ou « nodule à risque de cancer »).

Le troisième groupe d'indication opératoire a été constitué de patients asymptomatiques pour lesquels se pose le problème de l'évaluation du risque de cancer au sein du ou des nodules. Depuis 2006, notre approche diagnostique a été standardisée différenciant à l'intérieur de ce groupe des indications de nécessité et des indications de principe. Les indications de nécessité se sont réparties hiérarchiquement se basant sur trois éléments : la biologie et une thyrocalcitoninémie élevée (> 10 ng/L) évocatrice de carcinome médullaire de la thyroïde, la cytologie et les produits de cytoponction malins ou suspects de malignité et la clinique avec la palpation d'un nodule dur ou une adénopathie cervicale suspecte. Dans les indications de principe, il n'existait pas d'éléments indiquant la chirurgie de façon obligatoire. Ces cas ne présentaient peu ou pas d'éléments prédictifs de malignité. Une surveillance intégrant la cytoponction ou une chirurgie étaient proposées au patient avec une discussion de la balance bénéfices risques en consultation et lors de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Les différents éléments prédictifs de malignité ont été définis sur les données classiques de la littérature : terrain avec âge du patient inférieur à 25 ans, sexe masculin, présence d'une immunosuppression, antécédents d'irradiation cervicale ou antécédents familiaux de cancer de la thyroïde. Les données échographiques ont été également prises en compte : nodule plein et hypoéchogène, irrégularité des contours, présence de microcalcifications, absence de halo péri-nodulaire, signes d'invasion en dehors de la capsule thyroïdienne et vascularisation intra-nodulaire.

Avant 2008 et la classification cytologique NCI/Bethesda [15], une classification en quatre catégories était utilisée : « bénin », « non satisfaisante », « vésiculaire » et « suspect de malignité ». Lorsqu'une cytoponction était en faveur d'une lésion vésiculaire, une chirurgie de principe était fréquemment proposée, pondérée par les autres éléments cliniques et échographiques du nodule.

Après 2008 et l'utilisation en routine de la classification NCI/Bethesda [15], l'attitude thérapeutique a été adaptée aux recommandations consensuelles. Pour les « lésions vésiculaires de signification indéterminée » (Bethesda 3) une deuxième cytoponction échoguidée était réalisée à 3–6 mois et une chirurgie était proposée si le résultat cytologique était de nouveau indéterminé. Pour les lésions « suspectes de néoplasme vésiculaire ou suspectes de néoplasme à cellules de Hürthle » (Bethesda 4), une chirurgie était systématiquement proposée.

### 2.2. Examen extemporané

L'EE arrivait par tube pneumatique reliant le bloc opératoire et la salle de macroscopie du laboratoire. Un examen macroscopique, réalisé dans les plus brefs délais, était réalisé par le médecin et noté sur des fiches macroscopiques standardisées (état du prélèvement, repérage de la pièce, taille, poids, repérage de la lésion principale et lésions associées). Les zones suspectes macroscopiques, placées sur un plot recouvert de cryogel « cryomatrix », étaient débitées en coupes de 5 µm après congélation dans un cryostat (LEILA CM 1950). Une coloration rapide (bleu de toluidine phéniqué et différenciation à l'eau) permettait l'examen microscopique. Des appositions cytologiques ont également été réalisées à l'appréciation du pathologiste. La réponse extemporanée était donnée oralement au chirurgien ainsi que par écrit sur une fiche d'extemporanée faxée au bloc (identité du patient, date et heure d'arrivée du prélèvement, service demandeur, type de prélèvement reçu, nombres de prélèvements et appositions réalisées, réponse extemporanée, contact du bloc opératoire auquel a été transmis le résultat, et nom du pathologiste). Trois types de réponses ont été donnés : lésion bénigne, maligne ou diagnostic différé. Le type histologique de la tumeur était précisé dans la mesure du possible. Après décongélation et fixation dans du formaldéhyde 10 %, le prélèvement était inclus en paraffine pour faire l'objet d'un diagnostic définitif sur lame colorée par l'hématoxyline éosine safran, de même que la partie du prélèvement non congelée.

### 2.3. Congélation tissu frais thyroïdien

À l'issue de l'EE, le pathologiste décidait de la réalisation d'une congélation d'échantillons. La topographie de la zone de prélèvement, le poids des échantillons et le délai de congélation étaient renseignés sur des fiches standardisées avec deux prélèvements en miroir de tissu lésionnel et péri-lésionnel. Ces données cliniques et anatomopathologiques étaient stockées sur une base de données (Cresalys Software ; Alphelys, Paris, France) dont une partie était mise ligne sur le site web du CRB-tumorothèque ([www.biobank06.com](http://www.biobank06.com)).

### 2.4. Produits de cytoponction thyroïdien

De 2004 à 2009, un certain nombre de prélèvements thyroïdiens ont bénéficié d'une cytoponction à l'aiguille fine préopératoire. Les produits de cytoponction thyroïdien antérieurs à 2008 ont été reclassés selon la nouvelle classification NCI/Bethesda [15], à partir des comptes rendus cytologiques ou de relecture de lames par les pathologistes initiaux, auteurs du premier résultat. Ces données ont été recueillies à partir des logiciels Clinicom Siemens Health Services et Apix, bases de données relatives au patient au sein de notre centre hospitalier.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104774>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104774>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)