



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## REVUE DE LA LITTÉRATURE

# La TEP-TDM dans le bilan des recidives de cancer différencié de la thyroïde<sup>☆</sup>

M. Makeieff<sup>a,\*</sup>, V. Burcia<sup>a</sup>, I. Raingeard<sup>b</sup>, M.-C. Eberlé<sup>c</sup>, C. Cartier<sup>a</sup>,  
R. Garrel<sup>a</sup>, L. Crampette<sup>a</sup>, B. Guerrier<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Pôle neuroscience tête et cou, département ORL chirurgie cervico-faciale, CHRU Gui-de-Chauliac, 34280 Montpellier, France

<sup>b</sup> Département endocrinologie, hôpital Lapeyronie, CHRU de Montpellier, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier, France

<sup>c</sup> Service de médecine nucléaire, centre régional de lutte contre le cancer Val-d'Aurelle, 208, avenue des Apothicaires, 34298 Montpellier cedex 5, France

### MOTS CLÉS

Cancer différencié ;  
Thyroïde ;  
TEP-TDM ;  
Thyroglobuline ;  
Récidive ;  
Scintigraphie

### Résumé

**Objectifs.** – Au cours de la surveillance d'un cancer thyroïdien différencié, 15 à 20% des patients vont présenter une récurrence. Du fait de la différenciation cellulaire, cette récurrence peut ne pas fixer l'iode<sup>131</sup> (<sup>131</sup>I). Or la localisation de cette récurrence est impérative et va nécessiter de nouvelles méthodes d'investigation. L'objectif de ce travail est de préciser l'intérêt de la tomographie-scanner par émission de positrons (TEP-TDM) dans le bilan des formes récurrentes et ne fixant pas l'iode de cancer différencié de la thyroïde.

**Méthode.** – Revue et discussion de la littérature médicale.

**Résultats.** – La sensibilité de la TEP-TDM est de 70–85%, selon les études, avec une spécificité pouvant atteindre 90%. La limite de cet examen est constituée par le nombre de faux-négatifs pouvant atteindre 40%. Lors d'une élévation isolée de la thyroglobuline (Tg), la réalisation d'une TEP-TDM entraîne une modification de la prise en charge thérapeutique dans environ 50% des cas avec exploration chirurgicale cervicale d'une zone anatomique précise.

**Conclusion.** – La survenue d'une récurrence au cours de la surveillance des cancers différenciés de la thyroïde peut modifier la survie du patient, nécessitant donc une démarche diagnostique complète. En cas d'élévation de la Tg sans traduction scintigraphique, la TEP-TDM constitue un examen complémentaire important dans la localisation.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2012.01.003>.

<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 : [m-makeieff@chu-montpellier.fr](mailto:m-makeieff@chu-montpellier.fr) (M. Makeieff).

## Introduction

Les formes différenciées des cancers de la thyroïde (CDT) sont généralement de bon pronostic mais nécessitent une surveillance prolongée sur plusieurs années [1,2]. Selon les études, 15 à 20% des patients pris en charge initialement selon les standards de traitement, par chirurgie et irathérapie, vont présenter une récurrence [1–4]. Le pourcentage de récurrence est influencé par la chirurgie initiale, il a été significativement montré moins élevé en cas de thyroïdectomie totale par rapport à la lobectomie (10% vs 26%) [4]. Plusieurs autres facteurs de récurrence ont bien été mis en évidence : présence de métastases ganglionnaires lors de la chirurgie initiale, tumeur supérieure à 3 cm et extension extrathyroïdienne [5]. Dans deux tiers des cas, la récurrence se localise dans la loge thyroïdienne ou les aires ganglionnaires cervicales adjacentes, et est donc accessible à un traitement chirurgical [3,6–8]. La chirurgie est l'option thérapeutique préférentielle en cas de persistance ou récurrence de CDT après la première phase thérapeutique si la thyroglobuline (Tg) s'élève sans traduction scintigraphique [6].

Le bilan préthérapeutique doit donc permettre la localisation précise des zones suspectes et la tomographie par émission de positrons (TEP-TDM) s'est avérée présenter un intérêt dans ces situations particulières, lorsqu'après thyroïdectomie totale, on constate une élévation de la Tg et l'absence de fixation scintigraphique à l'iode<sup>131</sup> (I<sup>131</sup>), conditions qui compliquent la mise en évidence de la récurrence [3]. L'objectif de cette mise au point est d'évaluer l'intérêt de la TEP-TDM dans ces situations par une étude de la littérature.

## Diagnostic des récurrences

Le but de la surveillance au long cours est le diagnostic précoce de toute récurrence. En plus du suivi clinique, il est bien admis que l'association échographie–dosage biologique de la Tg (après thyroïdectomie totale) permet le diagnostic de récurrence. Un taux détectable de Tg stimulée ou un taux de Tg de base supérieure à 2,0 ng/mL est corrélé à une récurrence dans plus de 98% des cas [1]. Au cours de la surveillance des cancers différenciés de la thyroïde, l'augmentation du taux de Tg, en l'absence d'anticorps anti-Tg, sous traitement ou lors de test de stimulation (test de sevrage ou stimulation par la *recombinant human thyroid stimulating hormon*; Thyrotropin alfa, Thyrogen®, Genzyme) oblige donc à une intensification de la démarche diagnostique afin d'identifier une récurrence ou une évolution métastatique. En effet, l'augmentation du taux de Tg associée à la présence ou la récurrence de tissu thyroïdien est corrélée à une diminution de la survie [9–11]. La mortalité en cas de récurrence de carcinome différencié de la thyroïde est plus élevée, rapportée de 15 à 25% dans un délai de 15 ans après le traitement initial [2,11,12], particulièrement dans le cas de récurrences itératives. La détection de ce tissu est donc primordiale. Les patients bénéficient alors d'explorations d'imagerie conventionnelle (échographie, TDM, IRM) complétées par la scintigraphie à l'I<sup>131</sup>. Mais seules 60 à 70% des récurrences présentent un caractère iodofixant [13]. Dans l'étude de Hamy, la récurrence n'est révélée que par l'élévation du taux de Tg chez 35% des patients [14].

La scintigraphie corps entier à l'I<sup>131</sup> donne un reflet du métabolisme et de la localisation du tissu thyroïdien. En cas de résidu fixant l'I<sup>131</sup>, l'administration d'iode radioactif au cours d'une ou plusieurs séances d'irathérapie peut permettre de ramener le taux de Tg à son minimum dosable.

Toutefois l'élévation continue du taux de Tg existe dans certaines situations malgré une scintigraphie « blanche ». Cela peut témoigner alors d'une récurrence tumorale comportant des contingents cellulaires différenciés, peu différenciés, voire indifférenciés. Dans ces cas, les cellules tumorales secrètent la Tg mais perdent leur capacité à fixer l'iode. Ces formes récidivantes non iodofixantes sont plus agressives et associées à un moins bon pronostic que les formes iodofixantes [11,13]. Par ailleurs, chez un même patient, toutes les récurrences peuvent ne pas fixer l'iode du fait de lésions multiples de différenciation différente ou de petite taille [14]. Ces formes de récurrences nécessitent une prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée où la chirurgie a un rôle prépondérant car l'irathérapie même à dose élevée n'entraîne une baisse de la Tg (< 5 ng/mL) que chez moins de 50% des patients [12,14,15].

Ces récurrences sont ganglionnaires dans environ 80% des cas, le plus souvent dans la région cervicale centrale ou latérale et sont accessibles à un traitement chirurgical. Il est donc nécessaire de disposer d'un diagnostic topographique précis.

Les méthodes d'imagerie conventionnelle, en particulier l'échographie, permettent une exploration non invasive cervicale. L'échographie autorise la mise en évidence de 65% de métastases cervicales non palpables avec une valeur prédictive positive (VPP) de 94% [16].

Des caractéristiques échographiques corrélées à la malignité ont été identifiées, on peut citer : taille supérieure à 6 mm dans sa plus petite dimension, caractère sphérique des ganglions, présence de microcalcifications, absence de hile échogène, kystisation et vascularisation centrale [1,13,17]. Dans l'étude de Kamaya et al. étudiant l'échographie spécifiquement sur les récurrences survenant sur le site de la thyroïdectomie, la vascularisation centrale et la taille supérieure à 6 mm sont des facteurs de récurrence très sensibles [17]. L'échographie peut être couplée à une cytoponction à l'aiguille fine pour analyse cytologique et dosage de la Tg intranodulaire, ce qui améliore encore le diagnostic [1,18]. Mais son champ d'exploration est restreint à la région cervicale et certaines zones (rétrotrachéale, jonction cervicothoracique) sont difficiles à analyser [7]. L'aspect cicatriciel postopératoire de la loge thyroïdienne et du compartiment ganglionnaire VI limitent également les performances de l'examen [1,18]. L'échographie réalisée lorsqu'il existe une suspicion de récurrence dans le lit de la thyroïdectomie est efficace en permettant la détection de structures de petite taille [17].

Les techniques d'imagerie en coupe par tomodensitométrie avec injection de produit de contraste et l'imagerie par résonance magnétique avec gadolinium peuvent compléter le bilan chez les patients ne fixant pas l'iode. Mais il leur est reconnu une sensibilité et une spécificité limitée au niveau des zones précédemment opérées en raison des remaniements cicatriciels [18]. La mise en évidence de ganglions de forme sphérique, se rehaussant plus ou moins à l'injection et non homogènes est néanmoins fortement suspecte et peut permettre d'orienter le geste

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105478>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105478>

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