

Article original

Bilan et surveillance des carcinomes papillaire et vésiculaire de la thyroïde dans le service de médecine nucléaire de l'hôpital Ibn Sina de Rabat

Check-up and follow-up of papillary and follicular thyroid carcinoma in the department of nuclear medicine at Ibn Sina hospital Rabat

N. Ben Raïs Aouad*, I. Ghfir, H. Guerrouj, S. Fellah, J. Rahali,
R. Ksyar, F. Missoum, A. Bssis, S. Azrak

Service de médecine nucléaire, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Reçu le 5 juin 2009 ; accepté le 27 juillet 2009

Disponible sur Internet le 12 septembre 2009

Résumé

Dans le service de médecine nucléaire de l'hôpital Ibn Sina du centre hospitalier de Rabat Salé, la stratégie de surveillance actuelle des carcinomes papillaire (CPT) et vésiculaire de la thyroïde (CVT) privilégie l'échographie cervicale et la mesure de la thyroglobuline (Tg). Le rôle du balayage isotopique (BI) dans la prise en charge du carcinome différencié de la thyroïde (CDT) est en baisse. Les CPT et CVT sont en général de bon pronostic et peuvent être totalement guéris ; cependant, les métastases tardives existent et sont souvent mortelles d'où la nécessité d'un suivi à vie. Le but principal du suivi est de détecter, à un stade précoce, la maladie résiduelle ou la récurrence. Le diagnostic précoce des récurrences ou de métastases reste le gage de la guérison.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Suivi ; Thyroïde ; Papillaire ; Vésiculaire ; Thyroglobuline ; TSHus ; Échographie ; Cytologie thyroïdienne

Abstract

In the department of nuclear medicine at Ibn Sina university hospital. Thyroid carcinoma follow-up strategy has been modified and includes cervical ultrasonography and thyroglobulin measurement. The role of radio-iodine scanning in the management of differentiated thyroid carcinoma is decreasing. Papillary and follicular carcinoma have good prognosis but late metastases exist and can lead to death. A lifelong follow-up is therefore mandatory. The main goal of follow-up is to detect earlier persistent or recurrent disease.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Follow-up; Thyroid; Papillary; Follicular; Thyroglobulin; TSHus; Ultrasonography; FNAB

1. Introduction

La surveillance dans le CPT et CVT occupe une place privilégiée, elle reste le gage d'une détection précoce de toute récurrence et optimise les chances de guérison.

Le service de médecine nucléaire de l'hôpital Ibn Sina occupe en carcinologie thyroïdienne une place capitale au carrefour du diagnostic, de la thérapie et de la surveillance :

irathérapie, balayage isotopique (BI), dosages de la thyroglobuline (Tg), de la TSHus, de la T3L et de la T4L.

2. Position du problème

Au Maroc, le nombre de nouveaux cas de cancers dépasse 35 000 par an et le CDT reste un cancer rare dont l'incidence estimée à 0,6/100 000 [1] dans notre pays a doublé en 20 ans. Le CDT est un cancer qui peut guérir s'il est bien pris en charge [1,2]. Les métastases peuvent survenir des décennies plus tard et sont souvent mortelles [3,4], d'où la nécessité d'une surveillance à vie. Cette surveillance se doit d'être la plus

* Auteur correspondant. Villa 38, résidence des Médecins, 12000 Harhoura, Maroc.

Adresse e-mail : nouzhanucm@yahoo.fr (N. Ben Raïs Aouad).

efficace et la moins contraignante possible pour le patient. Cette surveillance inclut aussi bien les patients à bas et haut risque.

En l'absence de consensus chirurgical généralisé, nous essayons d'adopter un protocole de suivi adapté au risque de récurrence, en tenant compte des stades selon la classification UICC, de la classification pTNM de 2002, des scores pronostiques [5,6] et avec quelques particularités pour les patients considérés à bas risque.

L'irathérapie a été initiée en 1985 pour s'imposer progressivement en routine à partir de 1987. La surveillance du CDT occupe une place de choix au sein du service et ce depuis plus de 20 ans et concerne plus de 3200 patients. Le CPT représente 66 % contre 22 % pour le CVT bien différencié et 12 % pour le CVT moyennement différencié [1]. Le sexe ratio est de 3,5 femmes pour un homme [1].

3. Nécessité de suivi au long cours – comment optimiser le suivi ?

3.1. Prise en charge par une équipe d'un même service

La prise en charge du CPT et du CVT de la thyroïde est pluridisciplinaire. Le patient est souvent partagé entre le chirurgien ou l'ORL, l'endocrinologue et l'isotopiste, d'où la nécessité d'une surveillance bien codifiée et la moins contraignante pour le patient. Si le patient n'ayant pas bénéficié d'irathérapie est suivi par l'endocrinologue ou le chirurgien, tout patient ayant reçu une irathérapie est en général suivi par l'isotopiste. La pertinence du suivi par une seule équipe, voire par le même médecin, facilite aisément le suivi. Le médecin assurant le suivi peut discuter le dossier du patient, si besoin, en staff pluridisciplinaire et le patient bénéficiera de la décision.

3.2. Le patient est sensibilisé et devient acteur de sa maladie

Le patient doit être correctement informé sur sa maladie et sensibilisé sur les risques à court, moyen et long terme. L'isotopiste doit, dès l'ouverture du dossier, expliquer au patient l'état de sa maladie et l'inciter à devenir acteur dans la prise en charge et le suivi de celle-ci. Le patient doit être mis en confiance tout en étant informé sur l'importance et le bénéfice d'une surveillance au long cours. La surveillance régulière permet d'équilibrer le traitement et surtout de dépister précocement toute récurrence et d'optimiser les chances de guérison.

Ainsi à l'hôpital Ibn Sina, où actuellement plus de 3200 cas sont suivis, la première consultation au sein du service de médecine nucléaire a un intérêt majeur et tous les médecins nucléaires sont sensibilisés à ce premier contact avec le patient. Aussi, l'isotopiste fait le bilan de la maladie, informe le patient sur l'irathérapie éventuelle et sur les étapes du suivi.

Les patients correctement informés reviennent régulièrement à leur consultation au cours des deux premières années (85 %) et ne sont plus que 60 % à cinq ans. Pour les patients ayant bénéficié d'une irathérapie et habitant loin des centres universitaires, le suivi est assuré dans la ville la plus proche et

au moindre signe d'appel le médecin traitant nous adresse le patient pour un bilan plus complet, voire pour une décision d'irathérapie.

4. Bilan de la maladie et moyens de surveillance

Le bilan de la maladie est généralement fait dans le service et permet de réajuster la stadification initiale, ce bilan comprend :

- l'étendue de l'acte chirurgical ;
- la scintigraphie thyroïdienne ;
- l'échographie cervicale avec une sonde haute fréquence ;
- le dosage de la Tg avec des anti-Tg ;
- la décision d'irathérapie quand elle est indiquée ;
- le balayage à j5 ou j7 post-irathérapie ;
- le traitement freinateur.

4.1. L'étendue de l'acte chirurgical

En l'absence de consensus chirurgical, nous distinguons deux types de situation.

4.1.1. Le patient est opéré pour une pathologie thyroïdienne non cancéreuse

Le patient est opéré pour une pathologie thyroïdienne non cancéreuse telles une thyroïdite ou une hyperthyroïdie [7–10] ou autre... Le CDT est découvert lors de la lecture de la pièce anatomopathologique. Le plus souvent, le patient nous est adressé pour une irathérapie. Nous conseillons que le patient soit repris pour une totalisation lorsqu'elle n'a pas été pratiquée avec curage central et latéral, en particulier s'il s'agit d'un CPT [5,13].

Lorsqu'il s'agit de la découverte d'un microcarcinome papillaire, en l'absence de multifocalité et d'effraction capsulaire, le patient peut ne pas être repris chirurgicalement. Aussi, et selon les cas, une simple lobectomie peut s'avérer suffisante chez les patients à très bas risque dont le microcarcinome est bien localisé sans effraction capsulaire et ce d'autant plus que le lobe controlatéral s'avère normal à l'échographie en préopératoire alors qu'une thyroïdectomie de prudence paraît utile dans le consensus français [11] et ce en raison du risque de microcarcinomes controlatéraux.

Ces deux attitudes sont suivies par les équipes chirurgicales.

4.1.2. Le patient opéré est suspect de carcinome de la thyroïde

Les circonstances de découverte dans notre contexte sont représentées par le nodule suspect dans 68 % des cas, le goitre multinodulaire dans 22 % des cas, les adénopathies cervicales dans 8 % des cas et les métastases à distance dans 2 % des cas [1].

Malgré la forte suspicion de néoplasie, l'examen extemporané est rarement pratiqué et reste réservé à quelques équipes des CHU et de cliniques privées.

Pour cette raison, le patient est, en général et dans près de 80 % des cas, opéré en deux temps et la totalisation chirurgicale n'a lieu qu'après la confirmation anatomopathologique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4244418>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4244418>

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