

## Cancer papillaire de la thyroïde : vers un curage central systématique ?

L. Brunaud

Service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne, CHU Nancy-Brabois (hôpital adultes), 11 allée du Morvan, 54511 Vandœuvre-les-Nancy.  
e-mail : l.brunaud@chu-nancy.fr

### Résumé/Abstract

#### Cancer papillaire de la thyroïde : vers un curage central systématique ?

L. Brunaud

Les cancers de la thyroïde sont les cancers endocriniens les plus fréquents. Les métastases ganglionnaires cervicales des carcinomes papillaires sont retrouvées chez 20 à 60 % des patients. Aucune étude prospective randomisée ne permet de définir clairement en 2008 si un curage prophylactique doit être ou non réalisé lors de la chirurgie initiale en raison de la faible prévalence et de la faible mortalité associées aux carcinomes papillaires. En conséquence, le curage prophylactique reste une attitude controversée. Les arguments en faveur et contre cette attitude sont discutés dans ce travail ainsi que les données des consensus français et internationaux.

**Mots-clés :** Thyroïdectomie. Cancer papillaire. Thyroïde. Curage.

#### Papillary thyroid cancer: toward routine level VI lymph node dissection?

L. Brunaud

Thyroid cancers are the most common endocrine cancer. Cervical lymph node metastases are observed in 20 to 60% of patients with papillary thyroid cancer. In 2008, no prospective randomized study has defined whether prophylactic central neck dissection should be performed during initial surgery for papillary thyroid cancer. Prophylactic lymph node dissection remains controversial. Pros and cons for routine lymph node dissection of the central cervical compartment are discussed in this review of the literature which includes data from international and French consensus conferences.

**Key words:** Thyroidectomy. Papillary thyroid cancer. Thyroid. Lymph node dissection.

### Introduction

Les cancers de la thyroïde sont les cancers endocriniens les plus fréquents et représentent 1 % environ de l'ensemble des cancers. Leur incidence s'est accrue au cours des dernières années (4 à 5 000 nouveaux cas par an actuellement en France) sous l'effet d'un dépistage plus actif. Les cancers différenciés de la thyroïde (CDT) sont des tumeurs développées à partir des cellules épithéliales vésiculaires et représentent plus de 90 % de tous les cancers thyroïdiens. Ils correspondent principalement aux cancers papillaires (85-90 %) même s'il existe des formes vésiculaires (5-8 %) et des formes peu différenciées (3-5 %). Le pronostic d'ensemble est bon puisque la survie globale à 10 ans est supérieure à 90 % [1]. Il est maintenant bien accepté que le geste à réaliser sur le parenchyme thyroïdien doit être une

thyroïdectomie totale pour tous les carcinomes papillaires de taille supérieure à 1 cm [1-4]. Si le geste thyroïdien ne pose pas de problème majeur, l'attitude à avoir sur les ganglions reste controversée. En effet, 10 à 20 % des patients traités par thyroïdectomie totale seule présenteront une récurrence, le plus souvent locorégionale, dans les dix années suivant la chirurgie initiale. Les métastases ganglionnaires sont alors considérées comme la principale cause puisque responsable de 75 % des récurrences locorégionales.

Les métastases ganglionnaires cervicales des carcinomes papillaires sont fréquentes et retrouvées chez 20 à 60 % des patients ayant eu un curage avec analyse anatomopathologique standard. Cette incidence reste voisine de 30 % dans les formes localement peu évoluées comme les T1 et T2. Les micro-métastases diagnostiquées par analyse

PCR semblent être plus fréquentes (jusqu'à 90 %) même si leur signification reste actuellement imprécise. Les cancers vésiculaires sont moins fréquemment associés à une atteinte ganglionnaire cervicale [5]. Le compartiment central du cou (ou niveau VI) est la zone la plus fréquemment atteinte par l'extension ganglionnaire d'un carcinome papillaire (figure 1) [6]. Lorsque des adénopathies suspectes ou manifestation pathologiques sont mises en évidence en pré ou peropératoire (palpation, échographie cervicale, aspect ou anatomopathologie peropératoire), il est consensuel en 2008 de réaliser un évidement ganglionnaire thérapeutique en première intention (curage du compartiment central dit « thérapeutique ») dans le but de diminuer une récurrence locorégionale et d'améliorer la survie [1, 7].

Alors que le curage thérapeutique est bien admis dans la plupart des centres, il persiste une controverse importante sur le rôle et l'impact du curage prophylactique défini par la réalisation d'un curage systématique central bilatéral chez les patients sans adénopathie suspecte sur le bilan préopératoire ou lors de l'exploration peropératoire du compartiment central (curage du compartiment central dit « prophylactique »). Les avantages potentiels du curage central de routine sont la diminution du taux de persistance ou de récurrence locorégionale, et la diminution du risque de réinterventions cervicales dans une zone comprenant les nerfs laryngés inférieurs (morbidity récurrentielle) pour les patients présentant une récurrence. Les inconvénients de cette attitude de routine sont l'augmentation potentielle de la morbidité parathyroïdienne et récurrentielle secondaire au curage réalisé systématiquement lors de la chirurgie initiale [6, 8]. Aucune étude prospective randomisée ne permet en 2008 de définir clairement si un curage prophylactique doit être ou non réalisé lors de la chirurgie initiale en raison de la faible



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296362>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296362>

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