

AOÛT 2023



LES CANCERS DE LA THYROÏDE EN 10 POINTS CLÉS

OUTILS POUR LA PRATIQUE

1

Le diagnostic est le plus souvent évoqué devant un **nodule thyroïdien**. Seuls 5 % de ces nodules sont des cancers.

2

Les cancers de la thyroïde sont, en majorité, des cancers de **très bon pronostic**.

3

Le bilan initial devant une suspicion de cancer de la thyroïde repose :

- › sur l'**échographie cervicale**, dont les résultats sont donnés selon la **classification EU-TIRADS** ;
- › puis, selon le score EU-TIRADS et la taille du nodule, sur une éventuelle **cytoponction à l'aiguille fine**, dont les résultats sont donnés selon la **classification cytologique de BETHESDA**.

4

Les principaux types histologiques sont les cancers :

- › **différenciés de souche folliculaire** (> 90 %) ;
- › **médullaires (CMT)** ;
- › **anaplasiques**.

5

Le traitement des patients ayant un cancer différencié de la thyroïde de souche folliculaire débute par une **lobo-isthmectomie** (qui peut, si nécessaire, être élargie au second lobe dans le même temps ou dans un second temps) ou par une **thyroïdectomie totale** d'emblée, et un éventuel **curage ganglionnaire**. Une **surveillance active**, selon des modalités définies, peut être une alternative à la chirurgie pour certains cancers, principalement infracentimétriques, si le patient l'accepte.

6

La stratégie thérapeutique est ensuite adaptée au **niveau de risque de récurrence** du patient : **faible, intermédiaire ou élevé**, établi après la chirurgie en fonction de données cliniques et anatomopathologiques. L'**irathérapie** (radiothérapie interne vectorisée par l'iode-131) est indiquée, après thyroïdectomie totale, en cas de **risque élevé**. Elle est discutée en cas de risque **intermédiaire** et rarement indiquée en cas de risque **faible**.

7

Après une lobo-isthmectomie, la mise en place d'une **hormonothérapie thyroïdienne** n'est pas systématique, mais peut être nécessaire. Après une thyroïdectomie totale, elle est indispensable. L'hormonothérapie thyroïdienne peut être **substitutive** (cas le plus fréquent), **frénatrice** ou **très frénatrice**, en fonction du statut de la réponse au traitement initial, du niveau de risque de récurrence et du patient (âge, comorbidités, état cardiaque, état osseux...).

8

Le **suivi** est adapté au type de chirurgie effectuée et au niveau de risque de récurrence. Il repose sur la **clinique, la biologie** et, selon les cas, **l'échographie cervicale**.

9

Le traitement des **cancers médullaires** de la thyroïde repose principalement sur la **chirurgie**. Devant ce type histologique, **l'analyse constitutionnelle du gène RET** est proposée systématiquement, compte tenu des **possibilités de chirurgie prophylactique** pour les apparentés des patients atteints de formes héréditaires.

10

Les **cancers anaplasiques** de la thyroïde représentent une **urgence thérapeutique**. Il est important d'**évoquer le diagnostic devant tout goitre d'évolution rapide, souvent compressif avec dyspnée, notamment chez le sujet âgé de plus de 60 ans**, afin d'adresser rapidement le patient en milieu spécialisé.



► Pour davantage d'informations, vous pouvez consulter **l'Outil pour la pratique des médecins généralistes sur les cancers de la thyroïde (e-cancer.fr)**