

# Micro Carcinome Papillaire de la thyroïde

## Pourquoi se contenter d'une surveillance?

**SOPHIE LEBoulLEUX**

**sophie.leboulleux@gustaveroussy.fr**

**Département de Médecine Nucléaire et de Cancérologie Endocrinienne**

Institut de Cancérologie Gustave-Roussy, Villejuif

4 Juin 2016



# Définition

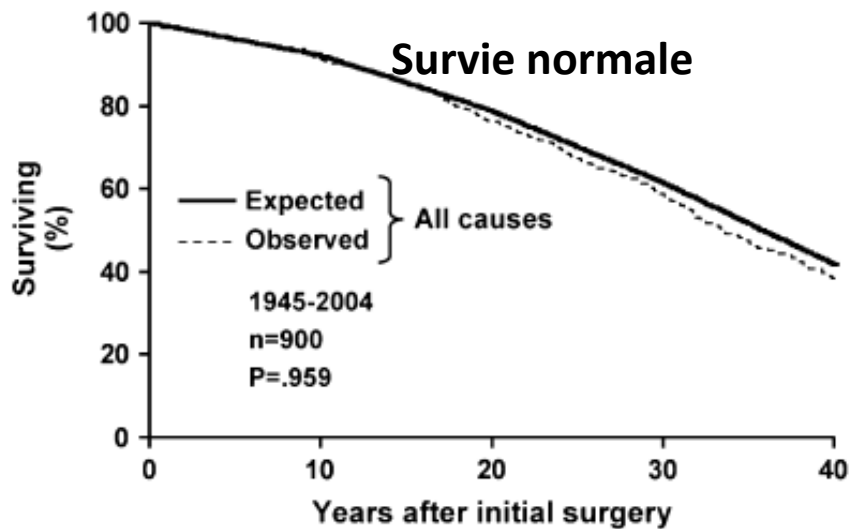
- Carcinome Papillaire de la Thyroïde selon WHO  $\leq 10\text{mm}$
- Pourrait correspondre à une tumeur  $\leq 12\text{mm}$  à l'échographie
- Le plus souvent, non palpables, découverts sur l'examen anapath apres chirurgie thyroïdienne pour une autre raison ou de découverte fortuite sur un examen d'imagerie.
- Plus rarement, découvert suite au diagnostic d'adénopathies cervicales palpables ou de métastases à distance.

# MCPT occulte vs cliniques

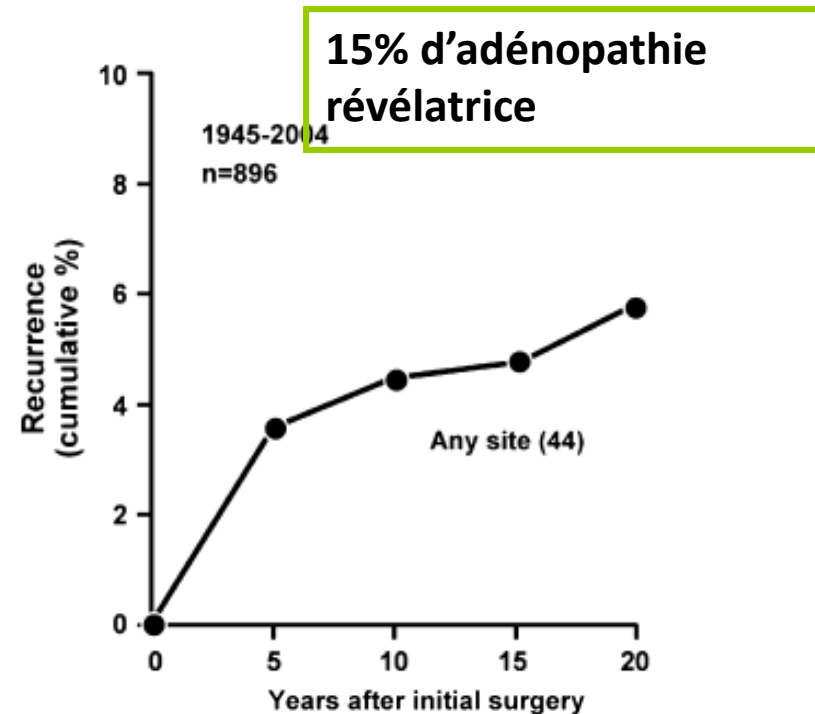
- MCPT cliniques et MCPT occultes des séries autopsiques sont deux entités distinctes:
  - Sex ratio: les CTD cliniques sont trois fois plus fréquents chez la femme vs prévalence identique selon le sexe dans les MCPT des séries autopsiques
  - Taille : > dans les séries cliniques et les séries autopsiques
- Les cohortes des patients avec MCPT mélangent les CPT cliniques et occultes
- Le pronostic des MCPT qu'ils soient clinique ou occulte est excellent.

# Devenir des pT1a

Hay et al. 2008 → 900 patients, suivi moyen 17 ans



3 décès : 3 hommes dont M1 pulmonaire initiale et N1 macroscopique avec coulée ganglionnaire révélatrice



Rechute 20 ans : 6%

Rechute 40 ans : 8%

# Recurrence and thyroid cancer related death rate (series of PTM > 250 patients)

	n	Follow-up (years)	% of palpable lymph nodes	Recurrence (%)	TC death related (%)
Baudin	281	7	33	3.9	0
Yamashita	1743	12	5	1.8	0.2 (4)
Wada	259	5.2	9	5 *	0
Pelizzo	403	8.5	Na	1.1	0,2 (1)
Ito	317	8.9	0	2.2	0
Hay	900	17	15	5	0.3 (3)
Noguchi	2070	15.1	Na	3.5	0.2 (2)
Besic	254	4.7	20	2.7	0
Moon	288	6	Na	4.2	0
Buffet	1668	6.5	Na	4	0
Zhang	1066	2.7	9.3	1	0

\*: rate of recurrence : 16.7 in the presence of palpable N1; 0.4% in case of palpable lymph node

**Pas d'excès de mortalité des MCPT cN0 M0**

**Taux de rechute des MCPT: 1-5% of PTM et <1% en excluant les patients cN1**

# Facteurs de risque de rechute

- Souvent significatifs:
  - N1, importance des N1
  - multifocalité,
  - Extension extra-thyroïdienne (et localisation sous capsulaire)
- Le plus souvent non significatif:
  - age, sexe,
  - Taille
- BRAF,
  - Mutation présente dans 30-67% des MCPT
  - Meta-analysis sur 2247 patients: augmentation du risque de rechute en cas de mutation BRAF (odd ratio de 2.09) (Chen Y. Thyroid, 2016. **26**: 248)
- TERT
  - Mutation présente dans < 10% des MCPT
  - Association BRAF-TERT mutation dans 3% de 653 PTC: associés à des caractéristiques associées à un risque de rechute (Jin, L. Oncotarget, 2016).

# Traitement des MCPT

## Chirurgie: vers une lobectomie

- MCPT unifocal sans extension extra thyroïdienne, cN0, sans ATCD d'irradiation dans l'enfance, sans ATCD familial
  - Risque de rechute est similaire après lobectomie ou thyroïdectomie totale (< 1%). (Survie identique)
  - Le risque d'hypoparathyroïdie et de PR définitive est de 1-3% après TT vs <1% après lobectomie
  - Pas de risque d'hypoparathyroïdie définitive après lobectomie
  - Seul ¼ des patients environ ont besoin de LVT après lobectomie

**Un traitement d'exérèse/de destruction est-il nécessaire?**

# Surveillance active

**Stratégie mise en place pour adénocarcinomes de la prostate à faible risque.**

**Stratégie à visée curative : traitement est “décalé” jusqu’au moment où une progression tumorale est mise en évidence. Le buté étant d’éviter ou de retarder les effets secondaires du traitement**

**Première expérience : Japon**

**Surveillance écho tous les 6 à 12 mois**

**Progression**

**= augmentation de taille  $\geq 3$  mm dans une des 3 dimensions**

**et/ou taille maximale  $\geq 12$  mm**

**et/ou apparition cN1**

**et/ou apparition de M1**



# Surveillance active : cohorte Japonaise

Première expérience : Japon

Patients cN0, nodule à distance de la capsule, trachée, nerf récurrent

Surveillance échographie tous les 6 à 12 mois

Progression

= augmentation de taille  $\geq 3$  mm dans une des 3 dimensions

et/ou taille maximale  $\geq 12$  mm

et/ou apparition cN1

et/ou apparition de M1

1235 MCPT avec suivi minimum de 1.5 years (suivi moyen : 5ans ; 1.5-19 )

Augmentation de taille : 4.6%

cN1 : 1.5% (latéral)

Augmentation de taille  $> 12$ mm : 3.5%

M1 : 0

DC : 0

# Age : seul facteur pronostic de Progression

	Increase in size by 3mm or more (%)	
	5 years	10 years
< 40 years	9.1	<b>12.1</b>
40-59 years	5.0	<b>9.1</b>
Older ≥ 60 years	4.0	<b>4.0</b>

\*progression to clinical disease was defined by a tumor size reaching 12 mm

# Age : seul facteur pronostic de Progression

	Increase in size by 3mm or more (%)		Appearance of lymph node metastases (%)	
	5 years	10 years	5 years	10 years
< 40 years	9.1	<b>12.1</b>	5.2	<b>16.1</b>
40-59 years	5.0	<b>9.1</b>	1.4	<b>2.3</b>
Older ≥ 60 years	4.0	<b>4.0</b>	0.5	<b>0.5</b>

\*progression to clinical disease was defined by a tumor size reaching 12 mm

# Age : seul facteur pronostic de Progression

	Increase in size by 3mm or more (%)		Appearance of lymph node metastases (%)		Progression to clinical disease* (%)	
	5 years	10 years	5 years	10 years	5 years	10 years
<b>&lt; 40 years</b>	9.1	<b>12.1</b>	5.2	<b>16.1</b>	9.5	<b>22.5</b>
<b>40-59 years</b>	5.0	<b>9.1</b>	1.4	<b>2.3</b>	4.0	<b>4.9</b>
<b>Older ≥ 60 years</b>	4.0	<b>4.0</b>	0.5	<b>0.5</b>	2.2	<b>2.5</b>

\*progression to clinical disease was defined by a tumor size reaching 12 mm

# Surveillance active : Devenir à long terme

1235 MCPT avec  
suivi minimum de 1.5 years  
(moyenne suivi : 5ans )

→ Chirurgie : 15% (191)

TABLE 10. EXTENT OF SURGERY AND PATHOLOGICAL FINDINGS OF 186 PATIENTS WHO UNDERWENT SURGERY AFTER OBSERVATION

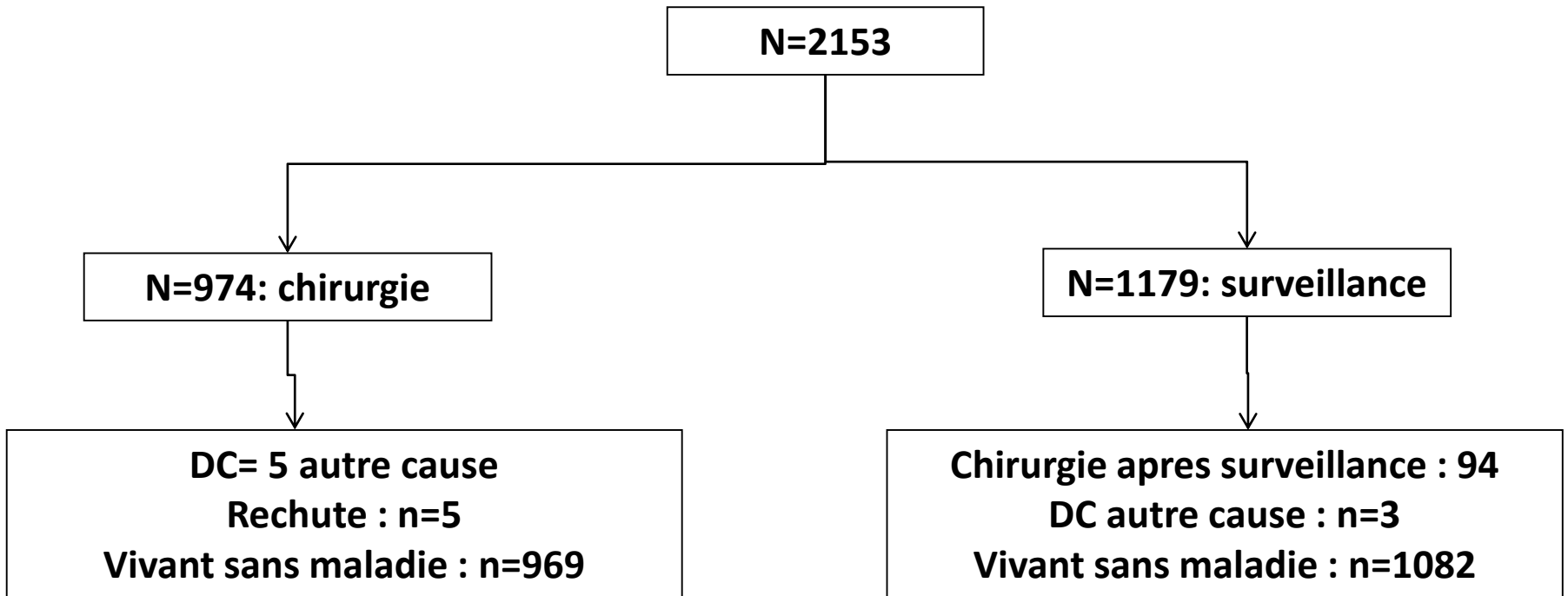
Thyroidectomy	
Total	93 (50)
Limited	93 (50)
Lymph-node dissection	
Central only	152 (82)
Central and lateral	34 (18)
Multiplicity	
Yes	128 (69)
No	58 (31)
Significant extrathyroid extension <sup>a</sup>	
Yes	2 (1) <sup>b</sup>
No	184 (99)
Central node metastasis	
Yes	50 (27)
No	136 (73)
Lateral node metastasis	
Yes	20 (59)
No	14 (41)

Details of the remaining five patients are unknown. Values are presented as number (percent), with the percentages rounded down to whole numbers.

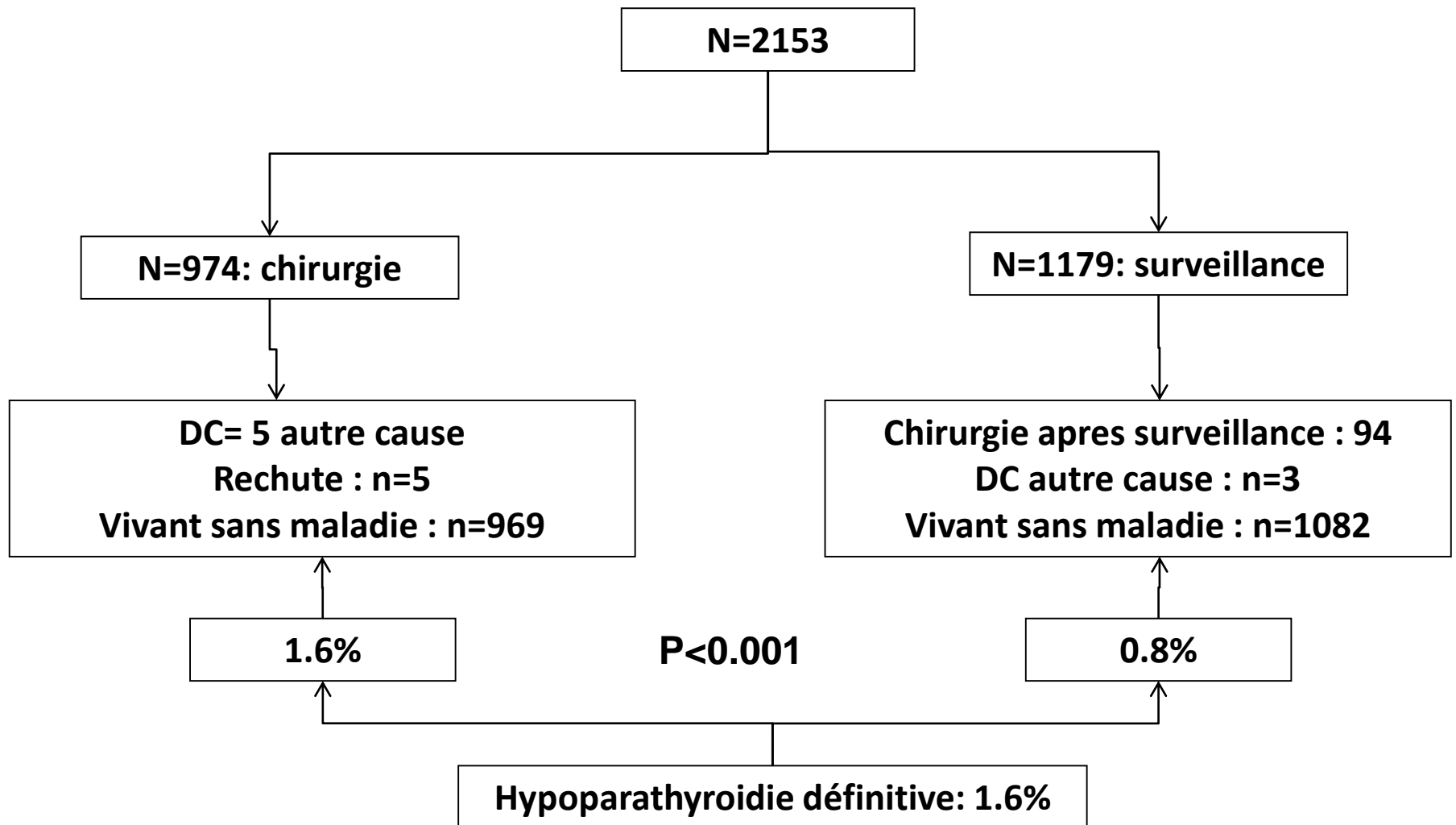
<sup>a</sup>Intraoperative findings.

<sup>b</sup>Both minimally extended to the muscular layer of the esophagus.

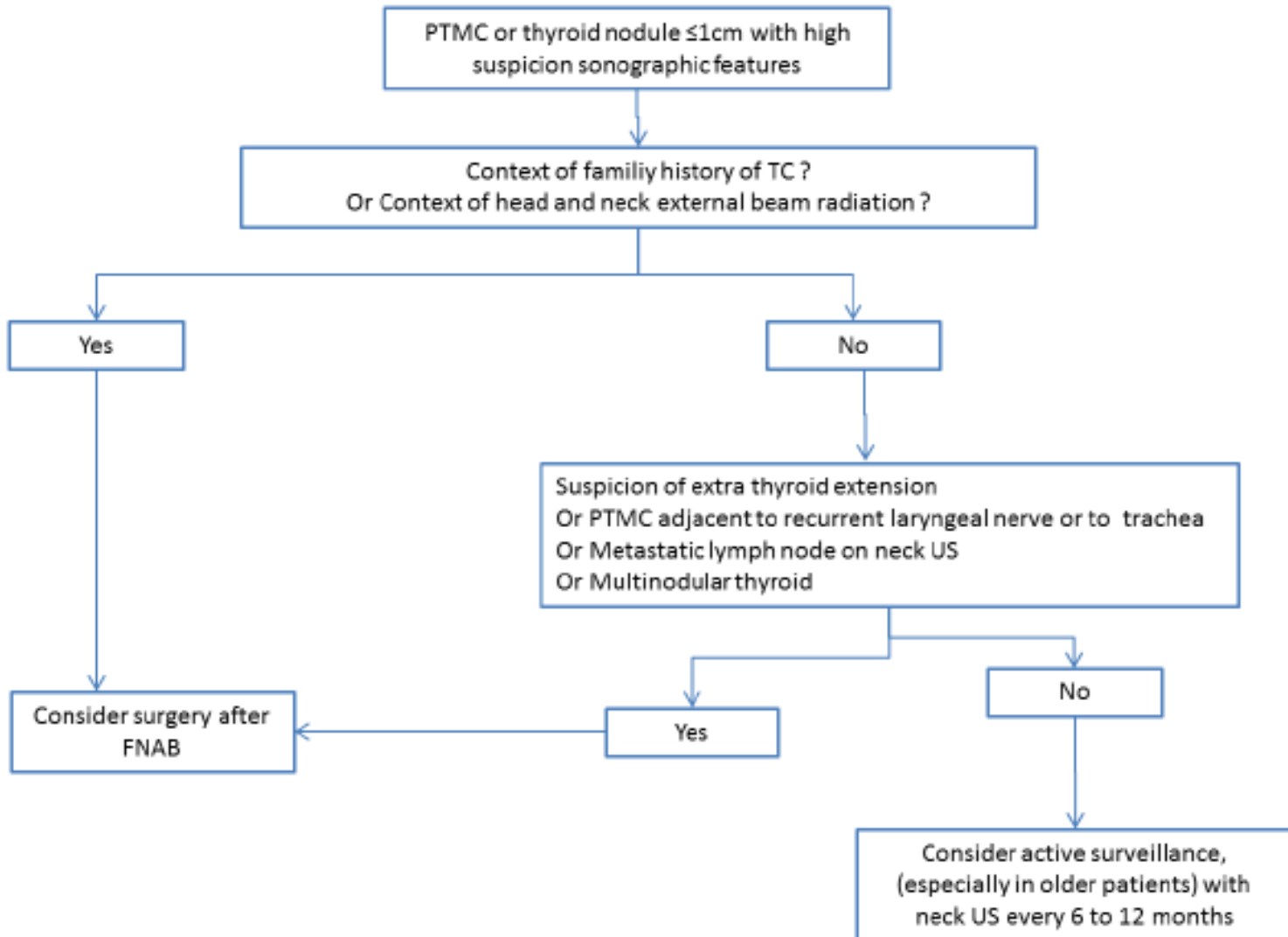
# Surveillance active : Devenir à long terme



# Surveillance active : Devenir à long terme

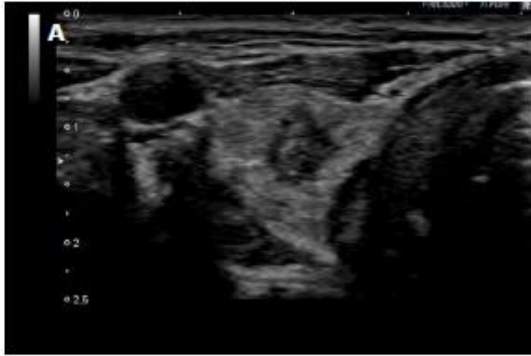


# Decision tree

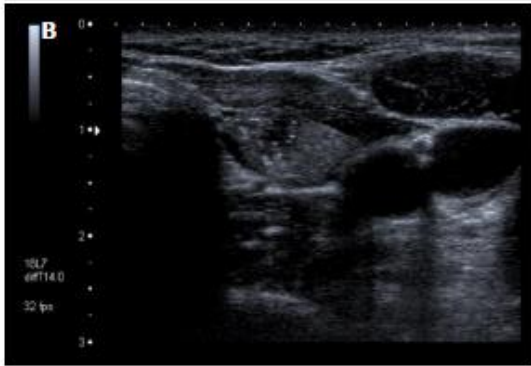




# Thyroid ultrasonography



- A: PTM candidate for active surveillance: located in the center of the lobe



- B and C: PTM not candidate for active surveillance because located close to the posterior thyroid capsule (B) or close to the trachea (C )



# Conclusion

- **L'âge est le seul facteur identifié comme pronostique de la progression: risque plus élevé chez les patients les plus jeunes**
- **La taille, le caractère multifocal, le sexe, les niveaux de TSH, l'histoire familial ne sont pas des facteurs pronostiques**
- **Difficultés de l'échographie :**
  - **Caractéristiques initiales de nodules**
  - **Surveillance des nodules**
- **Une surveillance active parait plus approprié chez des patients plus âgés. Mais peut aussi convenir à des patients plus jeunes**
- **Choix des patients : chirurgie d'emblée pour 50% des patients au Japon**
- **Pas de data d'Europe ou d'Amérique**



**Merci de votre attention**