

Nouvelle classification pTNM
(8^{ème} édition 2017) et prise en charge
chirurgicale et isotopique des cancers
thyroïdiens différenciés

Club thyroïde Ile de France 2018

		pTNM 7ème édition (2010)	pTNM 8ème édition (2017)
T	T1a	T ≤ 1 cm	T ≤ 1 cm (avec ou sans extension microscopique extra thyroïdienne)
	T1b	T > 1 cm et ≤ 2 cm	T > 1 cm et ≤ 2 cm (avec ou sans extension microscopique extra thyroïdienne)
	T2	T > 2 cm et ≤ 4 cm	T > 2 cm et ≤ 4 cm (avec ou sans extension microscopique extra thyroïdienne)
	T3	T > 4 cm et / ou extension extra thyroïdienne minime (quelle que soit la taille tumorale)	T > 4 cm : T3a avec ou sans extension microscopique extra thyroïdienne) ou T3b avec extension macroscopique aux muscles péri-thyroïdiens. (muscles sternohyoïdien, sternothyroïdien, thyrohyoïdien ou omohyoïdien)
	T4a	Quelle que soit la taille tumorale, tumeur avec extension extra-thyroïdienne et invasion des tissus sous cutanées, ou du larynx, ou de la trachée, ou de l'œsophage ou du nerf récurrent	Quelle que soit la taille tumorale, tumeur avec extension extra-thyroïdienne et invasion des tissus sous cutanées, ou du larynx, ou de la trachée, ou de l'œsophage ou du nerf récurrent
	T4b	Quelle que soit la taille tumorale, tumeur avec extension extra thyroïdienne et invasion du fascia pré-vertébral, de la carotide ou des vaisseaux médiastinaux	Quelle que soit la taille tumorale, tumeur avec extension extra thyroïdienne et invasion du fascia pré-vertébral, de la carotide ou des vaisseaux médiastinaux
N	N0	Pas d'envahissement ganglionnaire	Pas d'envahissement ganglionnaire
	Nx	Statut ganglionnaire inconnu (pas de curage)	Statut ganglionnaire inconnu (pas de curage)
	N1a	Envahissement ganglionnaire secteur VI (central)	Envahissement ganglionnaire du secteur VI (secteurs prétrachéal ou récurrentiels) ou VII (médiastinal supérieur)
	N1b	Envahissement ganglionnaire secteur latéral ou médiastinal	Envahissement ganglionnaire latéro-cervical (I, II, III, IV ou V) ou retropharyngé
M	M0	Pas de métastase à distance	Pas de métastase à distance
	M1	Métastase à distance	Métastase à distance

A1. Gestes chirurgicaux : principes

La thyroïdectomie totale reste le geste chirurgical de référence associée ou non à un curage cervical ganglionnaire central (secteur VI) +/- latéral (secteurs III, IV, +/- II) systématique pour certains (prophylactique), réservé à la présence de ganglions pour d'autres (thérapeutique).

A2. Gestes chirurgicaux : le micro carcinome papillaire (MCP)

- En cas de MCP sur une pièce de lobectomie : pas d'indication à une totalisation chirurgicale.
- La découverte d'un MCP par échographie + cytoponction fait discuter :
 - Une simple lobectomie
 - Une surveillance active (échographie)

A3. Gestes chirurgicaux : le macrocarcinome

L'existence d'un macrocarcinome sur une pièce de lobectomie justifie la totalisation chirurgicale secondaire associée pour certains à la réalisation d'un curage central et latéral (papillaire).

A4. Gestes chirurgicaux : ganglions

En cas de récurrence ganglionnaire ou de persistance, on effectue un curage cervical thérapeutique central et/ou latéral pour des ganglions prouvés (cytologie et/ou biopsie) ≥ 8 mm en central et ≥ 10 mm en latéral.

B1. Totalisation isotopique : principes

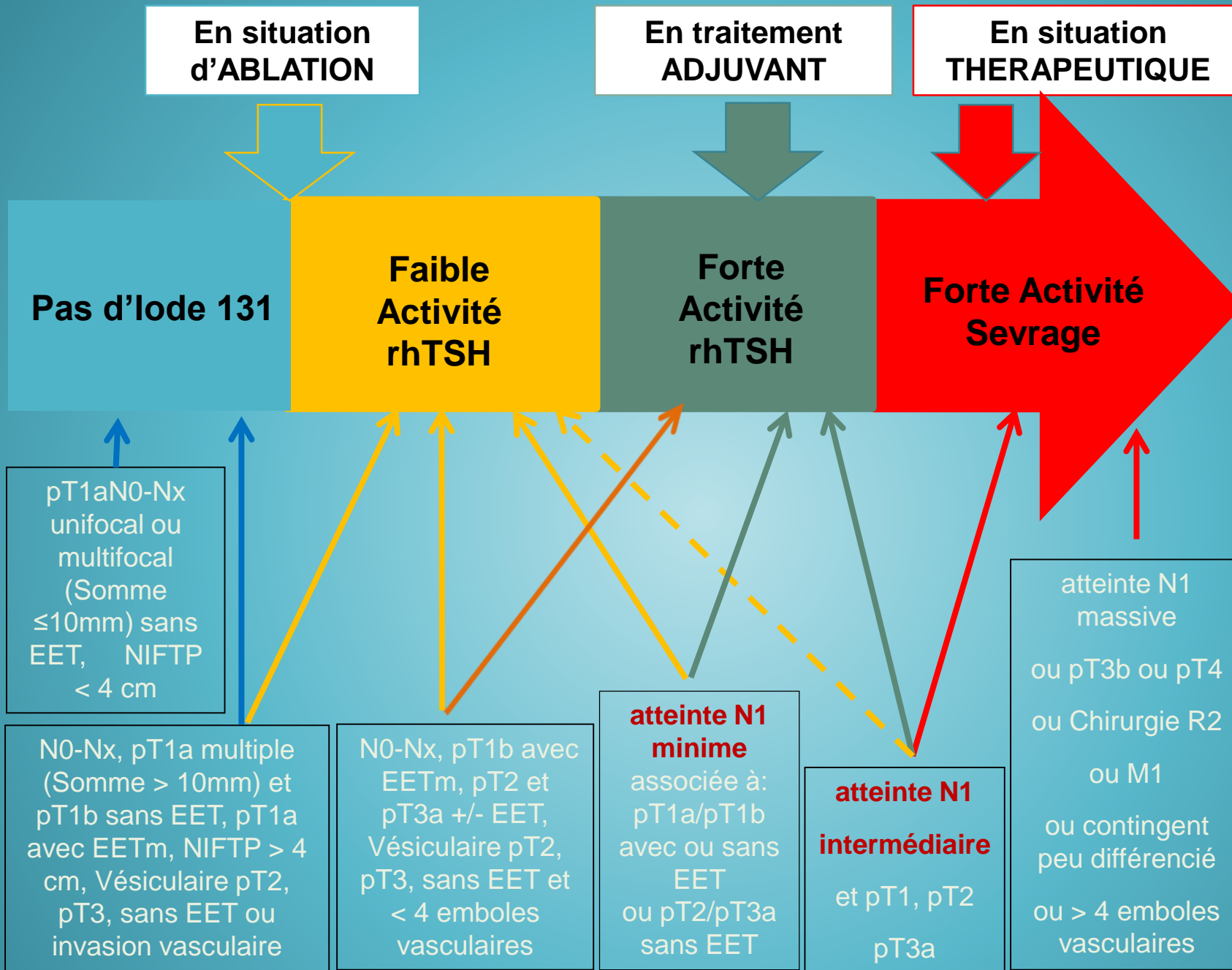
- Ablatif : suppression du tissu thyroïdien sain restant
- Adjuvant : destruction d'une maladie résiduelle infraclinique
- Thérapeutique : lutte contre une maladie persistante ou métastatique

B2. Totalisation isotopique : indications

De l'abstention thérapeutique pour les petites tumeurs sans atteinte ganglionnaire, à une forte activité (100 mCi) en défreinage pour les atteintes les plus avancées, en passant par de faibles (30 mCi) ou fortes activités avec stimulation par un analogue de la TSH pour les formes intermédiaires.

B3. Totalisation isotopique : choix fonction

- De la taille de la tumeur, de son caractère uni ou multifocal, d'une éventuelle extension extra thyroïdienne, du type histologique (papillaire ou folliculaire), de son degré de différenciation, de certains types histologiques péjoratifs, du nombre d'emboles vasculaires, de la qualité de l'exérèse chirurgicale,
- De l'atteinte ganglionnaire dans le secteur central et/ou latéral, de la taille et du nombre (atteinte minime : ≤ 5 gg, taille ≤ 2 mm, intermédiaire : ≤ 5 gg, taille 2 à 10 mm, massive : > 5 gg, taille > 10 mm et/ou rupture capsulaire)
- De la présence de métastases
- De l'état général du patient, de son poids...



EET: extension extrathyroïdienne, EETm: extension extrathyroïdienne minime

Monsieur P., 43 ans, présente un surpoids qui a justifié un bilan endocrinologique au cours duquel une échographie thyroïdienne a été effectuée

Nodule médio-lobaire droit de 9 mm, sous capsulaire, solide, hétérogène avec des plages hypoéchogènes à contour postérieur festonné, ovalaire, sans microcalcifications et à vascularisation mixte (EU-TIRADS 5).

Lobe gauche dépourvu de nodules.

Absence de ganglions cervicaux.

La cytoponction est suspecte de malignité compte tenu de la présence de quelques aspects morulés et de pseudo inclusions intranucléaires

Quelle prise en charge :

- A. Lobectomie thyroïdienne droite
- B. Thyroïdectomie totale
- C. Surveillance active
- D. Thermoablation du nodule

RCP : lobectomie thyroïdienne

Histologie : carcinome papillaire de 4 mm sans EET associé à un ganglion métastatique de 1 mm sans rupture capsulaire du compartiment central (secteur VI droit)

Conduite à tenir :

- A. Abstention thérapeutique
- B. Traitement isotopique
- C. Totalisation chirurgicale +/- curage cervical latéral droit
- D. Totalisation chirurgicale +/- curage cervical latéral droit et isotopique

RCP : totalisation chirurgicale de la thyroïdectomie associée à un curage cervical latéral droit

Histologie :

Absence de zone suspecte sur le lobe thyroïdien gauche

Deux ganglions carcinomateux sur 19, de 2 et 4 mm sans rupture capsulaire dans le curage latéral droit

pT1a(s)N1b (3N+R-/20)Mx

Totalisation isotopique

- A. Non
- B. 30 mCi sous TGN
- C. 100 mCi sous TGN
- D. 100 mCi en défreination