

PROFIL GANGLIONNAIRE DES MICRO CARCINOMES PAPILLAIRES DE LA THYROÏDE

I. LAHMAR, K. MIGHRI, A. BERKAOUI, N. BEN HAMIDA, R. FDHILA, A. MOUSSA*, N. DRISS.

SERVICE O.R.L. CHU TAHAR SFAR. MAHDIA.

*SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES. CHU MONASTIR.

RESUME

La prise en charge des microcarcinomes papillaires de la thyroïde est controversée surtout en matière de curages ganglionnaires.

Objectif : déterminer le profil ganglionnaire des microcarcinomes papillaires de la thyroïde afin de planifier une prise en charge adéquate.

Matériel et méthodes : C'est une étude rétrospective portant sur 20 cas de microcarcinomes papillaires de la thyroïde colligés sur une période de 14 ans (1994-2007).

Résultats : il s'agissait de 18 femmes et 2 hommes d'un âge moyen de 46 ans. Les micro carcinomes étaient de découverte per-opératoire dans 50% des cas. Ils étaient unifocaux dans 80% des cas et non encapsulés dans 40% des cas. Leur taille était supérieure à 0,5cm dans 35% des cas. Cinquante six pour cent des curages ganglionnaires étaient positifs. Une métastase ganglionnaire a été retrouvée dans 83% pour les tumeurs de taille supérieure à 0,5cm.

Conclusion : plusieurs paramètres conditionnent les métastases ganglionnaires cervicales en matière de microcarcinomes papillaires de la thyroïde. La conduite thérapeutique doit les prendre en considération.

Mots-clés : Thyroïde, Micro carcinome papillaire, curage ganglionnaire cervical.

SUMMARY

Management of papillary microcarcinomas of thyroid gland is subject to many discussions.

Objective : Aim of this study: determinate lymph node status in these malignant tumors.

Materials and methods : this study is about 20 cases of papillary microcarcinomas of thyroid gland, operated between 1994 and 2007,

Results : Our study was about 18 women and 2 men with a middle-age of 46 years. We had found that 35% of microcarcinomas had a size higher than 0,5cm. Neck lymph node metastasis were present in 83% when the size of tumor was higher than 0,5 cm.

Conclusion : Neck lymph node metastasis in micropapillary carcinomas is conditioned by many factors of which depend the therapeutic management.

Keywords : Thyroid gland, papillary microcarcinoma, neck-lymph node dissection.

INTRODUCTION

Les microcarcinomes papillaires (MCP) sont définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant des carcinomes papillaires de taille inférieure à 1 centimètre (1). Ils suscitent plusieurs controverses quant à la stratégie thérapeutique. Si la thyroïdectomie totale constitue l'attitude de choix vis à vis de la glande thyroïde (2,3), différentes attitudes sont encore adoptées vis-à-vis des chaînes ganglionnaires. Certains pratiquent des curages ganglionnaires systématiques (4,5) alors que d'autres sont guidés dans leurs attitudes par les caractéristiques de la tumeur comme sa taille, son caractère encapsulé et sa multifocalité (6, 7,8).

L'objectif de cette étude est de préciser les paramètres dont dépendent les métastases ganglionnaires des MCP en essayant de planifier une prise en charge adéquate.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 20 cas de

MCP colligés dans le service d'ORL de l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia Tunisie sur une période de 14 ans (1994-2007).

Dix neuf patients ont eu une thyroïdectomie totale et un patient a eu une lobo-isthmectomie. Cinquante pour cent des MCP ont été découverts en per opératoire ; notre attitude dans ce cas était une thyroïdectomie totale avec curage des secteurs médians (VI) avec un curage des secteurs IV des deux côtés : cette attitude a été adoptée en absence d'adénopathies palpables en pré-opératoire. Un patient a eu seulement une lobo-isthmectomie sans geste ganglionnaire.

Sept patients avaient des adénopathies cervicales palpables en préopératoire. Dans ces cas, la thyroïdectomie totale a été associée à un curage des 2 secteurs médians (VI) ainsi que des secteurs II, III, IV et V du côté de l'adénopathie et du secteur IV de l'autre côté.

Dans 50% des cas, le MCP était découvert en postopératoire sur pièce de thyroïdectomie totale (2 cas) ou partiel-



le (8 cas) pratiquée pour pathologie bénigne.

Dans ces cas, une totalisation de la thyroïdectomie avec curage des secteurs VI controlatéraux avec curage des secteurs IV des 2 côtés ont été réalisés dans 5 cas et un curage du secteur IV bilatéral a été réalisé dans un cas.

Donc, en résumé, nous avons réalisé :

- 7 curages des secteurs II, III, IV et V d'un côté avec curage du secteur IV controlatéral et curage des secteurs VI des 2 côtés.
- 5 curages des secteurs IV des 2 côtés avec curage d'un secteur VI d'un seul côté.
- 2 curages des secteurs IV et VI des 2 côtés
- 2 curages des secteurs IV des 2 côtés.

Pour l'étude statistique, nous avons utilisé le programme SPSS avec test de X2. Ce test est statistiquement significatif pour une valeur de p inférieure ou égale à 0,05.

RESULTATS

Il s'agissait de 18 femmes et 2 hommes, d'un âge moyen de 46 ans, avec des extrêmes de 24 et 75 ans.

Les tumeurs étaient de découverte postopératoire dans 50% des cas sur des pièces de thyroïdectomie pratiquées pour un nodule thyroïdien unique ou multiple. Les adénopathies cervicales palpables étaient présentes à l'examen initial dans 40% des cas. Deux cas (10%) étaient découverts fortuitement en per-opératoire lors d'une intervention pour autre pathologie.

La taille moyenne des adénopathies révélatrices du MCP était de 4,4 cm (1-15cm). Ces adénopathies siégeaient dans 50% des cas (4/8) au niveau du secteur IV, dans 25% des cas (2/8) au niveau du secteur IIa, dans 12,5% (1/8) au niveau du secteur III et dans 12,5% des cas au niveau du secteur Vb. Ces adénopathies étaient uniques dans 87,5% des cas (7/8).

Notre conduite vis-vis de la glande thyroïde était maximale : Une thyroïdectomie totale a été pratiquée dans 19 cas et une seule patiente a eu une lobo-isthmectomie. Les MCP étaient unifocaux dans 80% des cas (16/20), multifocaux dans les deux lobes thyroïdiens dans 15% des cas (3/20) et multifocaux dans un lobe dans 5% des cas (1/20).

La taille moyenne des MCP était de 0,54 cm (0,3-1cm). Elle était supérieure à 0,5 cm dans 35% des cas (7/20). Les MCP étaient non encapsulés dans 40% des cas (8/20).

Seize patients ont eu un curage ganglionnaire : 7 curages fonctionnels unilatéraux avec curages sus-claviculaires sous-omo-hyoïdiens controlatéraux et récurrentiels bilatéraux, 7 curages sus-claviculaires sous-omo-hyoïdiens et récurrentiels bilatéraux et 2 curages récurrentiels. Les curages étaient positifs dans 56% des cas (9 patients parmi 16). Les métastases ganglionnaires étaient unilatérales dans 66% des cas et bilatérales dans 33% des cas. Le taux de métastases ganglionnaires des tumeurs de taille supérieure à 0,5 cm était de 83%

(5 cas/6), alors que celui des tumeurs de taille inférieure à 0,5 cm était de 20% (4 cas/10) ($p < 0,1$)

Les curages ganglionnaires étaient positifs dans 75% des cas pour les tumeurs non encapsulées, et dans 37,5% des cas pour les tumeurs encapsulées ($p = 0,131$).

Les tumeurs unifocales étaient associées à un taux de métastase ganglionnaire de 53%, alors que les tumeurs multifocales étaient associées à un taux de 66% ($p = 0,687$)

En présence d'adénopathies cervicales palpables à l'examen initial, les curages ganglionnaires étaient positifs dans 86% des cas (6 cas/7). Par contre, seulement 33% (3 cas/9) des curages ganglionnaires étaient positifs en absence d'adénopathies ($p < 0,1$).

L'étude des différents curages a objectivé un ensemble de 191 ganglions dont 36 étaient métastatiques avec un taux de 18,8% (36/191). Parmi ces 36 adénopathies métastatiques, 4 seulement ont été trouvées chez des patients n'ayant pas d'adénopathies cervicales palpables cliniquement sur un ensemble de 59 ganglions avec un taux de 6,7% (4/59) ; tandis que 32 adénopathies métastatiques ont été présentées chez des patients ayant des adénopathies palpables, sur un ensemble de 132 ganglions avec un taux de 24,2% (32/132) (Tableau I)

Nombre total des ganglions :	191
Nombre total de ganglions métastatiques :	36 (18,8%)
Nombre de N+ Histologiques pour les No cliniques :	4 (6,7%)
Nombre de N+ Histologiques pour les N+ cliniques :	32 (24,2%)

Tableau I : Résultats histologiques des curages ganglionnaires

Les curages récurrentiels ont montré 18 ganglions métastatiques sur un ensemble de 50 ganglions avec un taux de 36%. Les curages fonctionnels ont montré 15 ganglions métastatiques sur un ensemble de 69 ganglions, avec un taux de 21,7%. Les curages sus-claviculaires sous-omo-hyoïdiens n'ont montré que 3 ganglions métastatiques sur un ensemble de 72 ganglions avec un taux de 4,1%.

DISCUSSION

Le diagnostic de MCP se fait le plus souvent en post opératoire après étude des pièces de thyroïdectomies totales ou partielles réalisées pour une lésion thyroïdienne bénigne. Dans notre série, 50% des MCP étaient découverts selon ce mode qui avait atteint 78,3% dans l'étude de Sturmiolo et coll. (1).

Une fois le diagnostic de MCP posé, le chirurgien se trouve face à des réflexions thérapeutiques. Si la thyroïdectomie était partielle dans le premier temps opératoire, faut-il totaliser ? Faut-il pratiquer un curage ganglionnaire sys-



tématique ?

Vu le bon pronostic des MCP avec mortalité à distance inférieure à 1% (9) et devant la lourde morbidité récurrentielle (1-2%) et parathyroïdienne (1,7%) certains auteurs se contentent d'une lobo-isthmectomie du côté de la tumeur (9, 10).

Cependant, la majorité des études (1,2, 3, 6, 7) soutiennent un geste radical vis-à-vis de la glande thyroïde. Les arguments en faveur de la thyroïdectomie totale (TT) sont (Tableau II) :

- La multifocalité des MCP est fréquente de même que la bilatéralité.
- Les métastases lymphatiques des MCP sont fréquentes.
- Les récidives locales sont moins fréquentes en cas de thyroïdectomie totale.

La TT expose aux mêmes risques opératoires que la thyroïdectomie partielle entre les mains d'un chirurgien expérimenté.

Si la TT est désormais l'attitude de choix face à un MCP, plusieurs controverses sont encore posées concernant l'attitude vis-à-vis des chaînes ganglionnaires. Il est admis que, comme le carcinome papillaire, le MCP est lymphophile avec des chiffres variant entre 6,1 et 65% dans la littérature (3, 11, 12). Dans notre série, le taux de métastases ganglionnaires était de 56%.

De même, l'envahissement ganglionnaire des MCP dépend de plusieurs paramètres liés aux caractéristiques de la tumeur elle-même qui sont la taille, la rupture capsulaire et la multifocalité.

En effet, le taux de métastases ganglionnaires est plus élevé pour les tumeurs de taille supérieure à 0,5 cm (6,13). Dans notre série le taux de métastase ganglionnaire a atteint 83% pour les tumeurs de taille supérieure à 0,5 cm, contre 20% pour les tumeurs de taille inférieure à 0,5cm ($p < 0,1$).

Le caractère non encapsulé est aussi un facteur prédictif de l'envahissement ganglionnaire. Les tumeurs non encapsulées dans notre série étaient associées à un taux plus élevé de métastases ganglionnaires. Ceci a été également retrouvé dans la littérature (7,12).

Les tumeurs multifocales étaient responsables dans notre série d'un taux plus élevé de métastases ganglionnaires. Ito (14) a trouvé les mêmes constatations.

A côté des caractères histologiques de la tumeur, un deuxième élément fondamental conditionne la décision du chirurgien : c'est la présence ou non d'adénopathies cervicales palpables à l'examen clinique (6).

Les attitudes chirurgicales se distinguent ainsi entre maximalistes (partisans des curages de principe) et minimalistes (partisans des curages de nécessité) (tableau I).

<i>Minimalistes (16, 17, 18)</i>	<i>Maximalistes (4, 5, 15)</i>
-Le pronostic est indépendant de la présence de métastases ganglionnaires.	Les métastases ganglionnaires sont corrélées à un pronostic défavorable.
-Les métastases ganglionnaires des MCP ont une incidence faible.	-Les métastases de la chaîne récurrentielle sont de diagnostic préopératoire difficile.
- Les micro foyers tumoraux ayant échappés à la chirurgie peuvent être éliminés par l'iode actif.	-Le curage ganglionnaire systématique facilite la surveillance post opératoire.
-Le curage ganglionnaire de principe ne réduit pas le taux de récidives lymphatiques.	-Le traitement par l'iode radio actif aura une efficacité meilleure après un curage ganglionnaire systématique.
	-Une thyroïdectomie totale seule expose aux mêmes risques opératoires qu'une TT avec curage ganglionnaire.

Tableau II : différence entre attitudes maximalistes et minimalistes vis-à-vis des chaînes ganglionnaires

Entre ces deux extrêmes, beaucoup d'auteurs adoptent une attitude intermédiaire qui est guidée par les données de l'examen clinique et anatomopathologique (6, 7, 8, 9). Le premier cas de figure se pose en présence d'adénopathies cervicales à l'examen initial. Ils optent, dans ces conditions pour un curage ganglionnaire systématique qui doit couvrir le territoire central ou récurrentiel et les secteurs latéraux (6).

Le deuxième cas de figure se présente en absence d'adénopathies cervicales palpables. Dans ce cas l'attitude sera raisonnée au cas par cas selon les caractéristiques histo-pathologiques de la tumeur. Le curage ganglionnaire central est systématique et le curage latéral sera pratiqué si le MCP est jugé invasif, soit par sa taille supérieure à 0,5cm, soit par son invasion capsulaire, soit par sa multifocalité (7,8).

Notre attitude est intermédiaire vis-à-vis des secteurs ganglionnaires, justifiée par la taille de la tumeur, la capsule, la multifocalité et les adénopathies en pré-opératoire.

CONCLUSION

Le MCP est le plus souvent de découverte fortuite post opératoire imposant plusieurs réflexions thérapeutiques quant à l'association d'un geste ganglionnaire. En absence d'études randomisées, il nous semble que le curage lymphatique doit être raisonnée, adapté au patient, à la tumeur et à l'envahissement ganglionnaire diagnostiqué en pré-opératoire



REFERENCES

- 1- Stumiolo G, Lo Shiao MG. Le traitement chirurgical des microcarcinomes thyroïdiens. E-mémoires de L'Académie Nationale de Chirurgie, 2004, 3(1) : 47-52.
- 2- Pelizzo M.R, Boschin I.M, Toniato A, Piotto A. Papillary thyroid microcarcinoma, Prognostic factors, management and outcome in 403 patients. Eur J Surg Oncol. 2006;32(10):1144-8.
- 3- Oueslati Z, Aloui M, Gritli S, Touati S, El-May A, Gamoudi A, Ben-Slimene F, Ladgham A. Microcarcinomes papillaires de la thyroïde. Expérience de l'institut Salah Azaiz. Rev Larygol Otol Rhinol. 2002 ;123 :39-42.
- 4- Noguchi S, Yamashita H, Murakami N. et al. Small carcinomas of the thyroid. A long term follow-up of 867 patients. Arch Surg. : 1996 ; 131(2) : 187-91.
- 5- Friedman M. : Thyroid carcinoma. Otolaryngol Clin Am : 1986 ; 19(3) : 451-461.
- 6- Wada N, Quan-Yang D. lymph node metastasis from 259 papillary thyroid microcarcinomas, frequency, pattern of occurrence, and optimal strategy for neck dissection. Ann Surg : 2003 ; 237 (3) : 399-407.
- 7- Abdelkafi M, Methloithi J, Ben Ali S et al. : Microcarcinomes thyroïdiens à propos de 14 cas J. Tun ORL. 2003 ; 10 : 8 -11
- 8- Mathonnet M. : chirurgie ganglionnaire des cancers thyroïdiens différenciés non médullaires. Annales de chirurgie : 2006 ; 131 : 361-8.
- 9- Toumiaire J, Bernard M. H, Bizollon-Roblin et al. Le microcarcinome papillaire du corps de la thyroïde. La presse médicale : 1998 ; 27(29) : 1467-9.
- 10- Harvey RD, Matheson MA, Grabowsky PA et al. : Measurement of serum thyroglobulin is of value in detecting tumor recurrence following treatment of differentiated thyroid carcinoma by lobectomy. Br J Surg. : 1990; 77(3) : 324-6.
- 11- David J. M, Ruaux Ch. : Multifocalité et lymphophilie des microcarcinomes papillaires thyroïdiens, résultats de la thyroïdectomie totale avec évidements bilatéral à propos de 38 patients. Ann. Oto Laryng. (Paris) : 1992 ; 109 : 183-7.
- 12- Rodriguez JM, Moreno A. : papillary thyroid microcarcinoma clinical study and prognosis. Eur J Surg. : 1997 ; 163(4) : 255-9.
- 13- Kasai N, Sakamoto A. : New subgrouping of small thyroid carcinomas : cancer 1987 ; 15 ; 620 (8) : 1767-70.
- 14- Ito Y, Urano T, Nakano K, Takamura Y et al : An observation trial without surgical treatment in patients with papillary microcarcinoma of the thyroid. Thyroid : 2003 ; 13(4) : 381-7.
- 15- McGregor GI : Lymph node metastases for well differentiated thyroid cancer. Am J Surg : 1985 ; 149 : 610-612.
- 16- Poletti EM, Narni Rossi G, D'Alio G. : La terapia del carcinoma differenziato della tiroide. Chirurgia : 1994 ; 7 : 315-18.
- 17- Morone G, Meriggi F, Forni E. : elementi di diagnostica a principi di terapia nel cancro della tiroide : esperienza pavese 100anni dopo Bottini. G. Chir : 1992 ; 13:193-298.
- 18- Block M.A, Miller J. M, Horn R. C. : Thyroid carcinoma with cervical lymph node metastasis. Am J Surg. : 1971 ; 122(4) : 458-63.
- 19- George H. S, Giotakis J, Stafyla V. : Papillary thyroid microcarcinoma : a surgical perspective. Cancer Treat Rev. 2005 ; 31(6) : 423-38.
- 20- El araj, D.M ; Sturgeon C. : Treatment management papillary carcinomas of thyroid gland The surgeon. 2009;7(5) : 286-9.
- 21- Sakorafos G.H ; Sampanis D ; Saffleas M. : Cervical lymph node dissection in papillary carcinomas of thyroid gland. Surgical Oncology. 2010;19(2): 57-70