



CANCER DIFFÉRENTIEL DE LA THYROÏDE

Parcours du patient

Dr Laila Ennazk
Service d'Endocrinologie Diabétologie et des Maladies métaboliques
Laboratoire PCIM. FMPM. UCAM.

Réunion AES - 24/10/15

- **Pourquoi un circuit du patient?**
- **Dispositif d'annonce**
- **Réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP)**
- **Prise en charge initiale**
- **Suivi**
- **Rechute cervicales.**
- **Accès aux soins complémentaires et d'accompagnement**

POURQUOI UN CIRCUIT PATIENT?

- Mettre en route des objectifs communs à tous les professionnels impliqués dans le traitement des patients atteints de cancer de la thyroïde.
- Faire bénéficier le patient de mesures communes pour une prise en charge de qualité et dans des délais rapides.

Schéma général

Diagnostic

```
graph TD; A[Diagnostic] --> B[Prise en charge initiale]; B --> C[Suivi]; C --> D[Rechutes cervicales ou à distances];
```

Prise en charge initiale

Suivi

Rechutes cervicales ou à distances

DISPOSITIF D'ANNONCE

```
graph TD; A[DISPOSITIF D'ANNONCE] --> B[Prise en charge initiale]; B --> C[Suivi]; C --> D[Rechutes cervicales ou à distances];
```

Prise en charge initiale

Suivi

Rechutes cervicales ou à distances

Diagnostic

```
graph TD; A[Diagnostic] --> B[REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES]; B --> C[Rechutes cervicales ou à distances];
```

**REUNIONS DE CONCERTATION
PLURIDISCIPLINAIRES**

Rechutes cervicales ou à distances

Diagnostic

```
graph TD; A[Diagnostic] --> B[PROFESSIONNELS CONCERNÉS]; B --> C[Rechutes cervicales ou à distances];
```

PROFESSIONNELS CONCERNÉS

- Endocrinologue
 - Chirurgien
- Médecin nucléaire
 - Pathologiste
 - Infirmier
 - Psychologue
 - Nutritionniste

Rechutes cervicales ou à distances



ACCOMPAGNEMENT

Prise

globle

EDUCATION
THÉRAPEUTIQUE

Rechutes cervicales ou à distances

DISPOSITIF D'ANNONCE

Il vise à offrir au patient les meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien.

Il s'articule autour de 2 temps :

- un temps médical : annonce du diagnostic (au mieux en lien avec le médecin traitant) et proposition de traitement.
- un temps d'accompagnement soignant : il complète les informations médicales, propose le soutien psychologique, met en relation avec des groupes de malades.

RÉUNIONS DE CONCERTATIONS PLURIDISCIPLINAIRES

La proposition de traitement est définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Se doit de respecter les référentiels locaux

La discussion en RCP n'est pas obligatoire si ces référentiels proposent un traitement validé pour la situation clinique du patient ou revêt un caractère d'urgence.

Le compte-rendu de la RCP est intégré au dossier médical informatisé. Il est transmis systématiquement au médecin traitant.

Schéma général

Diagnostic



Prise en charge initiale



Suivi



Rechutes cervicales ou à distances

PRISE EN CHARGE INITIALE

Objectifs

- Établir le diagnostic de cancer de la thyroïde.
- Déterminer le type histologique de la tumeur.
- Déterminer le stade.
- Rechercher comorbidités et contre-indications aux différentes options thérapeutiques.
- Annoncer le diagnostic au patient

PRISE EN CHARGE INITIALE

Professionnels impliqués

- Endocrinologue, ORL, Pathologiste, Médecin nucléaire, Radiologue, Anesthésiste
- *D'autres professionnels* : Psychologue et Orthophoniste.

Diagnostic/ Suspicion diagnostic : Clinique - Echographie-
cytoponction

Médecin
réfèrent

RCP

? Extemporané
?Chirurgie initiale (Lobo-isthmectomie / TT)
? Curage (thérapeutique/ Prophylactique)

Chirurgien

Anatomie pathologique:
? Totalisation
Evaluation le risque

Pathologiste

RCP

Très faible risque
Surveillance
+/- Hormonothérapie

Risque intermédiaire
Surveillance
+/- Hormonothérapie

Haut risque
Discuter irathérapie
TT freinateur

PRISE EN CHARGE INITIALE

Devant une cytologie suspecte: Bethesda 4 ou 5:

- Lobectomie ($Kc < 1\text{cm}$) ou thyroïdectomie totale (TT).
- Extemporané controversé si suspicion de cytologie vésiculaire mais strictement recommandé si B5.

PRISE EN CHARGE INITIALE

**Devant une cytologie « vésiculaire » ou « oncocytaire »
ou « atypies de signification indéterminée » :**

ATA opinion d'expert:

- ✓ Lobectomie si: nodule unique ou préférence du patient
- ✓ TT si: nodule >4cm, atypie à la cytologie, ANCD de Kc papillaire familiale, ANCD d'irradiation cervicale, nodule bilatérale, préférence du patient.

PRISE EN CHARGE INITIALE

Devant une cytologie en faveur du cancer (B6):

- ✓ Faire une chirurgie diagnostique
- ✓ L'extemporané reste discuté (cytologie est plus fiable que l'extemporané pour le B6)

Pour les Kc de souche vésiculaire >1cm:

- ✓ Faire une TT.

Diagnostic/ Suspicion diagnostic : Clinique - Echographie-
cytoponction

Médecin
réfèrent

RCP

? Extemporane
Chirurgie initiale (Lobo-isthmectomie / TT)
? Curage (thérapeutique/ Prophylactique)

Chirurgien

Anatomie pathologique:
? Totalisation
Evaluation le risque

Pathologiste

RCP

Très faible risque
Surveillance
+/- Hormonothérapie

Risque intermédiaire
Surveillance
+/- Hormonothérapie

Haut risque
Discuter irathérapie
TT freinateur

PRISE EN CHARGE INITIALE

Curage ganglionnaire

- ✓ Thérapeutique central +latéral indiqué si N+
- ✓ Prophylactique: Pas de consensus

(ATA-27: C Proph: T3-T4 et Chir sans évidemment pour les T1-T2-N0)/ Attitude francophone plus agressive.

Partisants:

Malgré le bon pc:

- Pas d'examen fiable
- Pas de systématisation des ganglions (Skip méta)
- Si ré-intervention: Morbidité
- Permet un staging complet (TNM)

PRISE EN CHARGE INITIALE

Antagonistes:

Bon pronostic sans curage

Risque de iatrogénie

Bénéfice non prouvé

Diagnostic/ Suspicion diagnostic : Clinique - Echographie-
cytoponction

Médecin
réfèrent

RCP

? Extemporane
Chirurgie initiale (Lobo-isthmectomie / TT)
? Curage (thérapeutique/ Prophylactique)

Chirurgien

Anatomie pathologique:

? **Totalisation**

Evaluation le risque

Pathologiste

RCP

Très faible risque
Surveillance
+/- Hormonothérapie

Risque intermédiaire
Surveillance
+/- Hormonothérapie

Haut risque
Discuter irathérapie
TT freinateur

PRISE EN CHARGE INITIALE

Lobo-isthmectomie suffisante pour:

- ✓ Papillaire unifocal intrathyroïdien $< \text{ou} = 1\text{cm}$
- ✓ Sans histologie péjorative
- ✓ Sans ANCD d'irradiation cervicale
- ✓ Sans ADP suspecte.

PRISE EN CHARGE INITIALE

Discuter la totalisation pour:

- ✓ Tumeurs multifocales
- ✓ >1cm
- ✓ pT3
- ✓ N>0 ou M>0
- ✓ ANCD d'irradiation cervicale
- ✓ Histologie défavorable
- ✓ ANCD familiaux de Kc thyroïdien

Diagnostic/ Suspicion diagnostic : Clinique - Echographie-
cytoponction

Médecin
réfèrent

RCP

? Extemporané
Chirurgie initiale (Lobo-isthmectomie / TT)
? Curage (thérapeutique/ Prophylactique)

Chirurgien

Anatomie pathologique:
? Totalisation

Pathologiste

Evaluation le risque

RCP

Très faible risque
Surveillance
+/-
Hormonothérapie

Risque intermédiaire
Surveillance
+ Hormonothérapie
freinatrice

Haut risque
Discuter irathérapie
(FDR)
TT freinateur

Endocrino/
nutritioniste
psychologue

PRISE EN CHARGE INITIALE

Stratification du risque

| Niveaux de risque | | |
|--|--|---|
| Très Faible | Faible | Élevé |
| pT1 (sous-groupe ≤ 1 cm) unifocal, N0-Nx, | pT1 (sous-groupe > 1 cm et < 2 cm) ou pT2 N0-Nx ou pT1(m) N0-Nx, multifocal | tout pT3 et pT4 ou tout pT, N1, ou tout M1 Histologie agressive ou angio- invasion massive Résection tumorale macroscopique incomplète |

Irathérapie

Très faible risque

T1 ≤ 1cm
Unifocal
Intrathyroïdien
N0

Faible risque

T1 > 1cm
T2
MicroN1
Histo non agressive

Risque élevé

T3-T4
N1-M1
Histo agressive
M. persistante

RCP

Pas
d'indication

Activité minimale la plus
tolérée possible
= 30mci (1,1 Gbq) après TSHrh

Forte activité
100mci (3,7 Gbq) après
TSHrh ou SHT

Médecin nucléaire

Irathérapie

- Pas d'indication à la scintigraphie diagnostique avant l'ablation isotopique (diminue l'efficacité de l'ira par effet sidérant « stunning »)
- Scintigraphie post ablation idéalement à 3-5j après iode 131
- Hormonothérapie à débiter le lendemain de la chir et 2 à 3 jours après l'ablation isotopique le cas échéant.
- Mesure d'activité résiduelle ou de débit de dose avant la sortie du patient (respect des critères réglementaires de radioprotection).

Diagnostic

```
graph TD; A[Diagnostic] --> B[Prise en charge initiale]; B --> C[Suivi]; C --> D[Rechutes cervicales ou à distances];
```

Prise en charge initiale

Suivi

Rechutes cervicales ou à distances

SUIVI

Objectifs:

Détecter un changement du couloir du risque

Reclasser la maladie/ Détecter des effets indésirables liés au traitement:

Suivre le traitement hormonal par le dosage de la TSH ;

Suivre les conséquences des concentrations supra-physiologiques de lévothyroxine ;

Adapter le traitement d'une éventuelle hypocalcémie;

Surveiller les éventuelles complications neurologiques postopératoires

Organiser les soins de support.

Veiller à la poursuite de l'insertion socioprofessionnelle.

Veiller à la qualité de vie

SUIVI

Professionnels impliqués:

Endocrinologue: pour la détection de l'hypocalcémie et pour l'adaptation du traitement hormonal substitutif ou frénateur.
Prise en charge nutritionnelle et métabolique.

Les autres: médecins nucléaire, radiologues, pathologiste, Biologiste, infirmier, psychologue, le kinésithérapeute et l'orthophoniste

Thyroidectomie totale
Ablation par iode isotopique.

A 3 mois: TSH, TG, AC anti TG, T3 libre

A 6 mois- 12mois: anamnèse
Ex clinique, T4, TG/TSHrh et AC anti TG, Echographie cervicale

Rémission
complète:

Diminution de T4
jusqu'à une TSH
normale basse

Evaluation annuelle
sous T4: TSH, TG, AC
antiTG

TG detectable
Pas d'autres
anomalies

Répéter TG stimulé
+Echo après 1 an

Etude de la cinétique
TG/TSHrh

TG élevée et écho
anormale:

Verifier l'iodofixation
(Iradiothérapie)
Si iodoréfractaire:
TEP-FDG

TTT empirique par
l'iode si:
Iodorefractaire et PET-
FDG(-)

SUIVI

| | Très faible risque/faible risque | Haut risque |
|--|--|---|
| Clinique et Tg (+ Ac anti-Tg) sous lévothyroxine (LT4) | Tous les ans durant au moins 10 ans | Tous les ans |
| Échographie | Répétition non systématique ¹² | À 1, 3, 5, 7 et/ou 10 ans ¹³ |
| | | |
| Adaptation du traitement par LT4 : objectif du taux de TSH | <u>LT4 substitutive</u> 0,5 - 2,5 µU/mL | <u>LT4 frénatrice</u> < 0,1 µU/mL pendant au moins 5 ans Puis <u>LT4 substitutive</u> 0,5 - 2,5 µU/mL |

Schéma général

Diagnostic



Prise en charge initiale



Suivi



Rechutes cervicales ou à distances

RECHUTES CERVICALES

2/3 des récurrences sont locorégionales

Distinction entre maladie persistante et authentique récurrence

Faut-il traiter toutes les récurrences locales?

Moyens thérapeutiques multiples

Différents intervenants: endocrinologues, chirurgiens, médecin nucléaire, pathologiste, oncologue

Clinique, échographie, TG

Récidive loge thyr: Masse hypoécho, vascularisation mixte ou interne +/- kystisation, +/- microcalcif

Récidive ganglionnaire: Hypoéchogène, absence de hile, kystisé, microcalcif, vascularisat périphérique ou mixte

Réunion de concertation multidisciplinaire

ADP >5mm
Cytoponction +TG
sur liquide de
rinçage

Chirurgie

CI chir

Inextir

Captation Iode?

Iradiothérapie

RTH palliative

**Localisation
multiples
extrathyroïdienne**

Thérapie
ciblées

SOINS COMPLÉMENTAIRES ET D'ACCOMPAGNEMENT

- Education thérapeutique: observance, suivi.
- Traitement de la douleur et des effets indésirables.
- Prise en charge psychologique
- Prise en charge nutritionnelle.

CONCLUSION

- L'organisation d'un circuit patient s'inscrit dans une mesure transversale de qualité dans le tt du cancer de la thyroïde.
- Prise en charge multidisciplinaire s'articulant autour du médecin référent **endocrinologue**.
- Obligation de validation d'un référentiel local
- Traitement d'accompagnement