

AVRIL 2021



OUTILS POUR LA PRATIQUE

LES CANCERS DE LA THYROÏDE EN 10 POINTS CLÉS

1

Le diagnostic est le plus souvent évoqué devant un **nodule thyroïdien**. Parmi eux, **seuls 5 % sont des cancers**.

2

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

3

Devant une suspicion de cancer de la thyroïde, le bilan initial repose sur :

- › l'**échographie cervicale**, dont les résultats sont donnés selon la **classification EU-TIRADS** ;
- › selon la classification EU-TIRADS et la taille du nodule, la **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 %) ;
- › les cancers **médullaires** de la thyroïde (CMT) ;
- › les cancers **anaplasiques**.

5

Le traitement des patients ayant un cancer différencié de la thyroïde de souche folliculaire débute par une **thyroïdectomie totale** ou une **lobectomie** (qui peut, si nécessaire, être élargie au second lobe dans le même temps ou dans un second temps).

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** ou **faible**.

7

Après thyroïdectomie totale, l'**hormonothérapie thyroïdienne** est indispensable pour tous les patients. Elle peut être **substitutive** (cas le plus fréquent), **frénatrice** ou **très frénatrice** selon le niveau de risque de récurrence et la réponse au traitement.

8

Le **suivi** est adapté au niveau de risque de récurrence : il repose sur la **clinique**, le dosage de la **thyroglobuline** et de son **anticorps**, ainsi que sur l'**échographie cervicale** (notamment pour les patients à risque élevé). Le dosage de la **TSH** permet d'adapter l'hormonothérapie.

9

Le traitement des **cancers médullaires** de la thyroïde repose principalement sur la **chirurgie**. Devant ce type histologique, l'**analyse constitutionnelle du gène RET** doit être 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, notamment chez le sujet âgé**, 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)**