

Retour du congrès SFE 2024

Communications orales : Thyroïde

La lobo-isthmectomie thyroïdienne en ambulatoire : résultats de la plus large série monocentrique française

Contexte : Historiquement la chirurgie en ambulatoire n'était pas recommandée en raison du risque d'hématome cervical avec surveillance. Or on note un élargissement des indications de chirurgie thyroïdienne en parallèle d'une amélioration des techniques chirurgicales rendant le mode ambulatoire incontournable en dehors de critères d'exclusion spécifiques.

Étude : Étude de la place de la chirurgie thyroïdienne ambulatoire dans le parcours de la Pitié-Salpêtrière.

Résultats : Étude sur environ 2500 patients pris en charge en ambulatoire entre 2018 et 2024. On retrouve un faible taux de conversion en hospitalisation complète (1.4 %) suite à des hématomes de loges principalement (0.6 %). Score de qualité de vie après retour à domicile (SF-12) très satisfaisant (moyenne 94/100).



MéliSSa BENALLOU

Interne EDN, 6^{ème} semestre

TAKE-HOME MESSAGE : Chirurgie ambulatoire à réaliser par une équipe expérimentée, chez des patients sélectionnés, nécessité de présence de ressources pour réhospitalisations en urgence si besoin, d'une surveillance post-opératoire adaptée et d'une bonne information du patient.

Facteurs prédictifs de la malignité des nodules thyroïdiens cytologiquement bénins, récusés pour la thermoablation : étude de cohorte observationnelle

Contexte : La thermoablation est une alternative chirurgicale pour des nodules bénins asymptomatiques (identifiés avec 2 cytologies bénignes) et après validation en RCP dédiée. Le risque reste de réaliser une thermoablation sur des nodules qui s'avèrent finalement cancéreux à l'histologie après prise en charge chirurgicale, malgré les 2 cytologies bénignes avant thermoablation.

Étude : L'objectif était de déterminer l'intérêt de valider les indications de thermoablation en RCP en évaluant la

proportion d'histologie non-bénigne au sein d'une cohorte de patients récusés de la thermoablation en RCP dédiée, soit une cohorte de 131 patients.

Résultats : Au total, on retrouve 47 % des patients récusés qui ont été opérés dont 6 histologies non-bénignes comprenant 4 NIFT-P, un carcinome vésiculaire et un carcinome papillaire qui étaient pT3. Absence de facteurs retrouvés statistiquement associés à un risque de malignité mais tendance retrouvée chez les sujets jeunes.

TAKE-HOME MESSAGE : Étude rassurante car les patients avec cancers thyroïdiens ont probablement été récusés par la RCP, ce qui renforce l'intérêt d'un passage en RCP en centre expert avant traitement afin de ne pas méconnaître un cancer thyroïdien qui serait au moins pT3 compte-tenu de la taille des nodules traités.



Facteurs prédictifs d'évolution vers une maladie réfractaire à l'iode dans une cohorte prospective de patients atteints de cancers thyroïdiens différenciés

Contexte : Pronostic du cancer thyroïdien globalement excellent avec une survie à 10 ans > 90 % mais 5 à 10 % d'entre eux ont une évolution métastatique dont 2/3 deviendront réfractaires à l'iode avec, dans ce cas, un pronostic sombre avec une survie d'environ 10 % à 10 ans.

Étude : Cohorte prospective dont l'objectif est d'identifier des facteurs prédictifs cliniques et anatomopathologiques d'évolution vers une maladie réfractaire chez des patients atteints de cancers de la thyroïde à risque de récidive.

Résultat : Les carcinomes de haut grade étaient 8 fois plus à risque d'évoluer vers une maladie réfractaire. Facteurs prédictifs de l'évolution vers une maladie réfractaire étaient : un âge > ou = 55 ans, la présence d'une nécrose tumorale, la présence de métastases ganglionnaires, un taux de thyroglobine > ou = 20 ng/mL à la première dose d'iode, critères histologiques de carcinome de haut grade.

TAKE-HOME MESSAGE : Importance de la notion de caractéristiques prolifératives en plus de la classification de l'architecture lors de la lecture des comptes-rendus anatomopathologiques.

Pronostic : facteurs pronostiques de survie globale des cancers différenciés de la thyroïde réfractaires à l'iode et métastatiques à distance, issues des données multicentriques du réseau ENDOCAN-TUTHYREF

Contexte : Il existe une grande hétérogénéité d'évolution clinique parmi les patients iodo-réfractaires mais on retrouve peu de facteurs pronostiques chez les patients métastatiques.

Étude : Évaluation de la survie globale de ces patients iodo-réfractaires métastatiques et identifier les facteurs pronostiques associés à la survie globale sur une population de 1000 patients.

Résultat : Survie médiane de 9 ans avec taux de survie à 5 ans de 73 % et à 10 ans à 46 %, concordant avec les séries françaises récentes.

Facteurs associés au mauvais pronostic : âge > 55 ans, le type peu différenciés, ratio neutrophiles/lymphocytes élevé, présence d'au moins 2 sites métastatiques, présence d'un cancer primitif non réséqué. Parmi les lésions métastatiques on retrouvait les macro-métastases, la fixation à la TEP-FDG, les métastases symptomatiques et synchrones. Le statut moléculaire n'était pas connu pour la moitié de la population et n'était pas associé à la survie globale.

TAKE-HOME MESSAGE : Survie globale meilleure que celle observée dans les cohortes historiques pouvant refléter l'efficacité des traitements (loco-régionaux, ITK) et la présence de stratégie thérapeutique adaptée au patient.

Prise en charge d'un cancer thyroïdien pédiatrique de souche folliculaire en France : une enquête nationale du réseau TUTHYREF

Contexte : Il s'agit d'une pathologie rare chez l'enfant mais dont l'incidence mondiale est en augmentation.

Étude : Description du parcours de soins des patients atteints d'un cancer thyroïdien pédiatrique de souche folliculaire dans les centres français du réseau TUTHYREF, ainsi que les modalités de traitement et de suivi et les séquelles éventuelles.

Résultat : Grande hétérogénéité de prise en charge de ces patients avec faible taux de prise en charge psychologique (12 %) et évaluation scolaire et sociale (6 %). L'ensemble des patients sont traités par thyroïdectomie totale dont 31 % d'hypoparathyroïdie transitoire, 5 % d'hypoparathyroïdie définitive et 1 % de dysphonie. La tolérance de l'irathérapie est bonne avec peu d'effets indésirables qui sont mi-

neurs (dont 8 % de vomissements) et une réponse à l'iode globalement satisfaisante avec 69 % de rémission. On retrouve 22 % de récurrence (dont 75 % locorégionale) après thyroïdectomie. En cas de métastases à distance (soit 12 % des cas), on retrouve 73 % de métastases synchrones.



TAKE-HOME MESSAGE : Proposition de parcours de soins standardisés avec passage systématique en RCP pour décrire les modalités de prise en charge dont la chirurgie qui sera à réaliser en centre expert. Un accompagnement psychologique, social et scolaire semble indispensable.

Description d'une série de 30 patients traités par alcoolisation de nodule thyroïdien au CHU de Lille

Contexte : L'alcoolisation des nodules thyroïdiens est une technique simple, peu invasive, réalisable en ambulatoire avec injection d'éthanol sous contrôle échographique.

Étude : Étude rétrospective monocentrique chez des patients présentant un nodule symptomatique (gêne esthétique ou compression) correspondant à des nodules kystiques purs (Bethesda I ou II) ou mixtes à pré-

dominance kystique (> 50 % liquide, Bethesda II) qui récidivaient après une évacuation simple.

Résultat : Réduction moyenne de volume à 6 mois de 62 % mais hétérogène en lien avec une part tissulaire

persistante dans les nodules mixtes puisque pour les nodules kystiques purs on retrouve une réduction de volume moyenne de 80 %. Peu de complications retrouvées (gonflement, douleurs, seulement 2 rechutes à 3 mois).

TAKE-HOME MESSAGE : Technique très simple et peu invasive avec réduction des symptômes chez 100 % des patients, Efficacité très satisfaisante sur les nodules kystiques purs. Possibilité d'y associer la thermoablation sur les nodules mixtes sous réserve d'une cytoponction bénigne réalisée sur la part solide pour éliminer les carcinomes papillaires kystiques.

Mise en place d'un parcours de soins dédié aux cancers thyroïdiens graves se présentant comme une masse cervicale urgente

Contexte : Le parcours de soins des patients atteints de cancers thyroïdiens réfractaires agressifs est un défi organisationnel et de coordination. Ces présentations cliniques avec une évolution rapide nécessitent une prise en charge spécialisée multidisciplinaire en urgence.

Étude : Mise en place du parcours COMPACT avec pour objectif de réduire les délais diagnostic, de mise en

place du traitement, intégrer précocement les soins de support et palliatifs et faciliter la transition vers les soins ambulatoires.

Résultat : Parmi les 38 patients inclus, le délai médian entre le 1^{er} contact et la 1^{ère} consultation est de 2 jours et le délai médian entre la 1^{ère} consultation et le traitement de 26 jours.

TAKE-HOME MESSAGE : Intérêt de populariser ces parcours de soins dédiés pour permettre aux patients d'accéder à une prise en charge rapide et optimale.

L'obésité n'est pas un facteur de risque de complications en chirurgie thyroïdienne

Contexte : L'obésité est un facteur de risque indépendant de complications post-opératoires mais il n'y a pas de données spécifiques à la chirurgie thyroïdienne.

Étude : Étude des complications chez l'ensemble des patients opérés dans le centre entre 2002 et 2023 avec une classification selon l'IMC soit près de 30 000 patients inclus.

Résultat : Après analyse multivariée, l'IMC n'est pas un facteur de risque indépendant de complications chirurgicales (paralysie récurrentielle, hypocalcémie, hématome, abcès). Parmi

les patients opérés pour des cancers, l'étendue de la thyroïdectomie et la réalisation d'un curage ne sont pas non plus un facteur de risque chez les patients en situation d'obésité. On note par ailleurs un risque accru d'hypocalcémie en cas d'IMC < 25 kg/m²

TAKE-HOME MESSAGE : L'obésité n'est pas un facteur de risque de complications en chirurgie thyroïdienne et ne doit donc pas être un facteur limitant dans notre décision thérapeutique.

