

entendre...O.R.L.

LE BIMESTRIEL DE L'ACTUALITÉ O.R.L.

CANCERS DE LA THYROÏDE : le zèle ne paie pas



Qu'il s'agisse de lutter contre la propagation du VIH ou du papilloma virus, ou encore d'améliorer la survie du cancer colo-rectal ou du sein, la politique de santé annoncée depuis des années par les sociétés savantes et les pouvoirs publics repose sur deux mots clés : prévention et dépistage. Véritables éléments de langage, ces deux mesures comportent indubitablement une part de vérité. Appliquées à la carcinologie par exemple, il est établi qu'un diagnostic précoce améliore le pronostic et facilite le traitement.

Sauf pour un type de cancer...

Celui de la thyroïde. Nombreuses sont en effet aujourd'hui les publications dont celles, récentes, de Dana Hartl et Martin Schlumberger qui soulignent l'inutilité voire les dangers de son dépistage systématique.

La bonne pratique

Dans la très grande majorité des cas, le diagnostic de cancer de la thyroïde est aujourd'hui posé sur la cytoponction échoguidée. Grâce au système EU-TIRADS (European-Thyroid Imaging Reporting and Data System) qui autorise une stratification quantitative du risque de malignité basée sur les caractéris-

tiques morphologiques et la ponction échogénique des nodules thyroïdiens, l'échographie est devenue par sa simplicité, son caractère peu invasif et son faible coût, l'examen clé en pathologie thyroïdienne. Elle permet de repérer les nodules suspects et d'orienter avec précision la cytoponction, laquelle détecte ainsi 95% des cancers thyroïdiens.

Une surprenante « épidémie »...

Le récent questionnement des cancérologues quant à sa pratique systématique repose d'abord sur l'analyse de quelques chiffres.

Toutes les études épidémiologiques constatent une augmentation impressionnante du nombre de cancers de la thyroïde, dans l'immense majorité de type papillaire.

en 2 mots

- Au cours des 30 dernières années, l'incidence des cancers papillaires de la thyroïde a triplé alors que la mortalité est restée stable, voire a légèrement diminué.
- Cette impressionnante augmentation est liée à la généralisation de la cytoponction échoguidée de tout nodule thyroïdien, même asymptomatique et de petite taille.
- Les autopsies de personnes décédées d'autres causes que révèlent que 11% d'entre elles sont porteuses d'un cancer thyroïdien papillaire, latent et non évolutif.
- Les études épidémiologiques montrent qu'il existe un « réservoir » de dizaines de milliers de cancers papillaires qui, non dépistés, ne seraient jamais devenus symptomatiques.
- La pratique systématique de l'échographie avec cytoponction conduit à un surdiagnostic dont le bénéfice pour la population n'est pas avéré.
- Seuls les nodules supérieurs à 10 mm et présentant un score EU-TIRADS allant de 3 à 5, c'est-à-dire un risque de malignité supérieur à 2%, doivent être ponctionnés.

Leur incidence annuelle a en effet triplé au cours des trente dernières années, passant en France de 1300 dans les années 80 à près de 8.200 actuellement. Cette véritable épidémie appelle plusieurs remarques :

i) elle est observée dans tous les pays médicalement développés, soit dans ceux où ont été lancées les campagnes de dépistage ;

ii) elle est manifestement liée à la généralisation de la pratique de l'échographie et de la cytoponction, le rôle des autres facteurs de risque (hormis irradiation dans l'enfance ou accidents nucléaires n'ayant d'ailleurs pas eu d'impact en France) n'étant pas démontré ;

iii) cette généralisation s'explique par plusieurs facteurs tels qu'un plus grand accès des patients au système de soins, une pratique de plus en plus courante d'examen radiologiques de principe, une inflation de la chirurgie thyroïdienne, et/ou une amélioration du diagnostic anatomopathologique ;

iv) près de la moitié des cancers de la thyroïde ainsi dépistés sont des microcancers diagnostiqués sur des nodules dont le diamètre est inférieur à 10 mm. Cette augmentation à première vue inquiétante ne s'est accompagnée d'aucune augmentation de la mortalité, laquelle est restée stable voire a légèrement baissé depuis plus de 30 ans, passant pour les mêmes années de référence de 500 à 400 décès annuels en France.

L'explication la plus immédiate d'une telle discordance est que la généralisation de la cytoponction échoguidée face à tout nodule thyroïdien même asymptomatique conduit à découvrir des petits cancers dont la prise en charge chirurgicale avec éventuellement IRA-thérapie complémentaire assure la guérison définitive.

...que les épidémiologistes réfutent

En réalité, l'analyse du paradoxe *incidence en hausse - mortalité stable* doit être interprétée à la lumière des données suivantes.

Une méta-analyse rapportant les résultats nécropsiques de plusieurs études

internationales établit que 11% d'une population générale décédée pour d'autres causes que thyroïdienne étaient porteurs d'un cancer thyroïdien papillaire latent et non évolutif. Certes une cytoponction échoguidée aurait dépisté ces cancers. Mais pour quel bénéfice puisque les personnes autopsiées ne présentaient aucun signe de pathologie thyroïdienne ?

Une autre étude a comparé l'incidence des cancers au cours des dernières décennies dans les pays médicalisés. Alors que dans les années 70-80 cette incidence augmentait régulièrement avec l'âge, cette étude montre qu'avec la généralisation de la cytoponction échoguidée survient une modification très significative de l'âge de détection, les cancers devenant nettement plus fréquents autour de la 4^e et 5^e décennie, la courbe de survenue exponentielle dessinant alors un U inversé. La conclusion en est qu'il existe un « réservoir » de cancers qui, non dépistés, n'auraient pas évolué puisqu'à traitement identique, la mortalité n'a pas augmenté. On estime ainsi qu'aux Etats-Unis entre 80 000 et 200 000 cas diagnostiqués ne seraient jamais devenus symptomatiques.

Il semble donc bien exister deux populations de cancers thyroïdiens : l'une quiescente, asymptomatique, non évolutive, l'autre à traduction clinique et appelant un traitement adapté.

Sans compter...

L'ensemble de ces données conduit les épidémiologistes à penser que la pratique systématique de l'échographie avec cytoponction entraîne un surdiagnostic dont le bénéfice pour la population n'est pas avéré. Les principales conséquences de ce surdiagnostic sont à la fois psychologiques et financières.

Psychologiques, car il n'est jamais anodin d'annoncer à un patient qu'il est porteur d'un cancer, fut-il de très bon pronostic. Outre qu'il se voit imposer un geste chirurgical avec son lot de stress, d'absentéisme professionnel et de complications potentielles, ce patient passe définitivement du côté du monde de la maladie. Même guéri, il reste en effet un « ancien cancéreux ».

Financières également. Pour la société d'abord compte tenu du coût de l'hospitalisation, des frais chirurgicaux et de l'éventuelle irradiation complémentaire, des soins et de l'opothérapie substitutive postopératoires, etc. Pour le patient surtout. M. Schlumberger souligne en effet le manque à gagner lié à l'arrêt maladie, le problème des surprimes en cas de crédits immobiliers, et de façon plus anecdotique, cite une enquête américaine montrant une augmentation significative des faillites professionnelles chez les malades atteints de cancers de la thyroïde par rapport à la population générale.

Il souligne également « la perversité du surdiagnostic » puisque le malade sera reconnaissant d'avoir été guéri d'un cancer qui, non traité, n'aurait sans doute jamais fait parler de lui.

Primum non nocere

Le thème abordé ici, celui du surdiagnostic, recouvre une notion essentielle en termes de politique de santé : les progrès technologiques conduisent à la pratique d'examen de plus en plus performants. Le problème alors posé est d'évaluer le bénéfice qu'en retire la population. Or l'analyse des épidémiologistes observant qu'une augmentation de l'incidence d'une maladie ne majore en rien la mortalité leur fait conclure que le dépistage systématique d'un petit cancer de la thyroïde et le traitement chirurgical qui en découle classiquement ne sont d'aucun bénéfice pour la population (notons qu'une telle conclusion semble bien désormais s'appliquer au cancer de la prostate).

Pareille conclusion conduit à deux conséquences pratiques majeures :

i) afin de ne pas avoir à traiter des cancers « indolents », il est désormais recommandé de ne ponctionner que les nodules supérieurs à 10 mm et présentant un score EU-TIRADS allant de 3 à 5, c'est-à-dire un risque de malignité supérieur à 2% ;

ii) la découverte d'un microcancer papillaire ainsi diagnostiqué relève en première intention d'une surveillance active, une indication chirurgicale ne semblant justifiée qu'en cas d'adénopathies associées ou de métastases.

L'avis de l'expert



Dr Dana Hartl

Département de Cancérologie Cervico-faciale.
Institut Gustave Roussy, Villejuif

Le cancer papillaire de la thyroïde est un des rares cancers dont l'incidence est en augmentation de par le monde, les autres cancers ayant tendance à diminuer en incidence grâce aux campagnes de prévention et aux mesures de santé publique. Mais cette augmentation du cancer de la thyroïde est majoritairement due au diagnostic des cancers asymptomatiques de moins d'un centimètre de diamètre, et non pas au diagnostic des cancers cliniquement significatifs. Or on sait que la thyroïde, tout comme la prostate, peut comporter des microcarcinomes indolents qu'on retrouve en grand nombre dans les séries autopsiques, réalisées chez les sujets décédés d'autres causes.

Le diagnostic des microcancers thyroïdiens est largement dû à la sur-utilisation de l'échographie –technique non-invasive mais ayant tout de même un coût—dans les contextes où elle n'est pas indiquée (rhinopharyngite, toux, symptômes de reflux gastro-oesophagien, etc.) puis à la cytoponction échoguidée des micronodules ainsi retrouvés de manière fortuite. Il est aussi dû à un excès de chirurgies thyroïdiennes pour des nodules bénins, avec la découverte fortuite histologique d'un microcarcinome adjacent. Le sur-diagnostic et le sur-traitement de ces microcarcinomes indolents est un réel problème de santé publique et de coût pour la société et pour ces patients assez jeunes et toujours en activité professionnelle pour la plupart.

Les recommandations actuelles prônent une utilisation raisonnée de l'échographie, une classification échographique standardisée des nodules thyroïdiens, une cytoponction seulement pour des nodules > 1cm, et une abstention chirurgicale pour l'immense majorité des goitres et nodules bénins. Avec ces mesures, on peut espérer que l'incidence des cancers de la thyroïde diminue, à la faveur des seules tumeurs cliniques nécessitant réellement une prise en charge.

Articles à lire

Furuya-Kanamori L et al. Prevalence of differentiated thyroid cancer in autopsy studies over six decades. A meta-analysis. J Clin Oncol 2016 ; 34 : 3672-9.

Hartl D.M. et al. Optimization of Staging of the Neck With Prophylactic Central and Lateral Neck Dissection for Papillary Thyroid Carcinoma. Annals of Surgery. 2012 ; 255 : 777-83.

Leboulleux S et al. Papillary thyroid microcarcinoma : time to shift from surgery to active surveillance ? Lancet Diabetes Endocrinol 2016. Published online August 19, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30180-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30180-2).

Leenhardt L et al. Guide des bonnes pratiques pour l'usage de l'échographie cervicale. Ann Endocrinol (Paris) 2011 ; 72(4 Suppl 1) : H1-26.

O'Grady TJ et al. Thyroid cancer incidence attributable to overdiagnosis in the United States 1981-2011. Int J Cancer 2015 ; 137 : 2664-73.

Vaccarella S. et al. Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic ? The Increasing Impact of Overdiagnosis. N Engl J Med 2016 ; 375 ; 7.

Un accompagnement personnalisé pour vos patients !



entendre

La force d'un réseau,
l'implication d'un indépendant

- L'audioprothésiste Entendre est un indépendant qui s'engage personnellement et engage son équipe pour la satisfaction totale de vos patients.
- Un accueil et un accompagnement personnalisés de vos patients tout au long des différentes étapes de leur appareillage.
- Des produits et des services à la pointe de la technologie et de l'innovation, proposés par un réseau national.
- Une des meilleures centrales d'achats en France, vos patients bénéficieront des meilleurs produits au meilleur prix.

entendre
...et la vie recommence

www.entendre.com