

HISTOPRONOSTIC DES CANCERS THYROIDIENS DIFFERENCIES

*N.Berger**, *A.Borda***, *M.H.Bernard****, *J.Tourniaire****, *J.L.Peix*****

*Laboratoire d'Anatomie Pathologique, Hôtel Dieu - Lyon - France

**Laboratoire d'Histologie, U.M.F. Târgu-Mureș, Roumanie

***Clinique Endocrinologique - Hôpital de l'Antiquaille - Lyon - France

**** Service de Chirurgie - Hôpital de l'Antiquaille - Lyon - France

A l'inverse des cancers indifférenciés d'évolution toujours très rapidement défavorable, les cancers thyroïdiens différenciés de souche vésiculaire sont habituellement dotés d'un pronostic excellent. Un petit nombre d'entre eux vont pourtant faire preuve d'agressivité soit par l'incidence élevée de leurs récides locales, l'apparition des métastases à distance et la possibilité de décès.

Les facteurs histopathologiques influençant le pronostic *concernent la tumeur primitive* (taille, type histologique, stade anatomique) et la présence des métastases ganglionnaires ou à distance au moment du diagnostic.

En ce qui concerne la tumeur primitive, la *taille* est un facteur important avec nette augmentation du risque évolutif à partir de 4 cm.

Le *type histologique*, pris isolément, a peu de signification pronostique et doit être considéré en fonction du stade anatomique de la tumeur. Cependant l'évolution des cancers papillaires serait légèrement plus favorable que celle des cancers vésiculaires.

L'influence pronostique du *stade anatomique* est variable selon le type histologique:

- les carcinomes *vésiculaires* à forme anatomique encapsulée avec invasion capsulaire minime ont une évolution excellente. En revanche, les formes franchement invasives avec embols vasculaires regroupent la totalité des formes métastatiques et léthales.

- pour les carcinomes *papillaires*, le facteur pronostic le plus important est représenté par l'extension de la tumeur au-delà de la capsule thyroïdienne (stade extra-thyroïdien). Les formes à développement intra-thyroïdien ont en revanche un meilleur pronostic qu'ils soient eux-mêmes encapsulés ou non. On reconnaît cependant un pronostic extrêmement favorable pour les cancers papillaires entièrement encapsulés.

La *multifocalité*, apanage des carcinomes papillaires, n'aggrave pas le pronostic.

La *différenciation histologique* au sein d'un même type architectural ne semble pas d'une grande importance pronostique. En revanche, chaque type comporte des variantes cytologiques ou architecturales qui s'associent à des évolutions plus ou moins défavorables. Pour les deux types tumoraux, papillaires et vésiculaires, les deux variantes assorties d'un pronostic plus péjoratif sont les variantes cytologiques à *cellules éosinophiles* (cellules oncocytaires ou cellules de Hurthle) et surtout la variante architecturale peu différenciée ou *insulaire*.

En ce qui concerne la présence des *métastases* au moment du diagnostic, les métastases ganglionnaires loco-régionales ont peu d'influence sur le pronostic à l'inverse des métastases à distance qui constituent un signe d'importance pronostique péjorative majeure.

L'ensemble des facteurs généraux et histologiques précédemment décrits peuvent être rassemblés pour la constitution d'un index pronostic. On peut citer comme exemple le système de Cadi et Rossi (1988). On distingue 2 groupes de patients:

- les patients à *risque réduit* (89%):

- tous les patients jeunes sans métastases à distance (moins de 50 ans pour les femmes, moins de 40 ans pour les hommes).

- tous les patients plus âgés sans métastases à distance *et* porteurs d'un carcinome papillaire intra-thyroïdien ou d'un carcinome vésiculaire micro-invasif *et* d'une tumeur de moins de 5 cm.

- patients *à haut risque* (11%):

- tous les patients avec une métastase à distance au moment du diagnostic.

- tous les patients avec un carcinome papillaire extra-thyroïdien ou un carcinome vésiculaire franchement invasif *et* une tumeur de plus de 5 cm.

En conclusion: la description histologique d'une tumeur du corps thyroïde doit actuellement comporter, en plus du type histologique, des indications concernant la taille et le stade anatomique. Ces différents paramètres se retrouvent dans la stadification pTNM, et peuvent être déterminés au moment de l'examen extemporané ce qui conditionne le geste chirurgical initial.
