

9. CANCER DE LA THYROÏDE

1. Introduction

Les cancers de la thyroïde représentent entre 0,5 et 1 % de tous les cancers en Belgique (1). Ce cancer se présente sous différentes formes cellulaires, dont le pronostic spontané ou après traitement est fort différent. Les carcinomes papillaires et folliculaires sont rarement fatals lorsqu'ils sont traités correctement. Par contre les formes anaplasiques figurent parmi les cancers les plus mortels. L'âge conditionne également la fréquence relative des différents types cellulaires : le cancer papillaire frappe plus souvent les adultes de moins de 50 ans, après 60 ans, la forme la plus courante est le carcinome anaplasique (2).

La relation causale entre l'environnement et le cancer de la thyroïde est importante : il été identifié par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le cancer dû à une cause accidentelle le plus fréquent dans la population (3).

2. Définition

.2.1. Symptomatologie

Généralement, c'est le malade ou le médecin qui remarque la présence d'une grosseur (un nodule) au niveau du cou, par ailleurs asymptomatique. La plupart des nodules thyroïdiens sont bénins et, le plus fréquemment, les cancers thyroïdiens ne présentent pas de grande malignité : ils sont d'habitude compatibles avec une espérance de vie normale, pour autant qu'ils soient traités correctement. Les nodules suspects sont ceux qui présentent une augmentation de taille récente ou rapide et une consistance dure à la palpation. En principe, tous les nodules thyroïdiens sont considérés a priori comme suspects et devront être examinés par un médecin.

.2.2. Diagnostic

Il existe un facteur familial important pour les nodules thyroïdiens, surtout chez les femmes. Le relevé des antécédents familiaux est donc indispensable. L'élément diagnostique central est l'examen du cou. Si celui-ci montre une masse thyroïdienne, a fortiori si elle semble suspecte, il est recommandé de faire une échographie ou une scintigraphie à l'iode radioactif, de réaliser un dosage des hormones thyroïdiennes et des auto-anticorps antithyroïdiens, ainsi qu'une radiographie pulmonaire (à la recherche d'éventuelles métastases). Si la scintigraphie à l'iode radioactif montre la présence d'un nodule froid (solide à l'échographie), une scintigraphie au thalium radioactif montrant un nodule chaud sera très suggestive de malignité.

La ponction-biopsie à l'aiguille de la zone suspecte est importante pour distinguer les nodules bénins des nodules malins. En effet, le diagnostic de certitude ne peut être porté que par l'examen histologique ou cytologique du tissu néoplasique, mais des précisions importantes peuvent être apportées par les techniques moléculaires (voir fiche carcinogénèse), mais des précisions importantes peuvent être apportées par les techniques moléculaires (voir fiche carcinogénèse)..

.2.3. Prévention et traitement

La maladie se dépiste par la palpation du cou. La précision de la palpation du cou varie selon la compétence de l'examineur et la taille de la masse. Chez les patients qui consultent pour l'évaluation d'un nodule solitaire suspect, la sensibilité et la spécificité de la palpation s'élèvent respectivement à 63% et 62% comparativement à l'échographie. Dans une étude sur la palpation du cou chez les adultes asymptomatiques, la sensibilité de la méthode a atteint 15% et sa spécificité 100%, comparativement à l'échographie. Un examen négatif n'exclut donc pas l'absence de cancer thyroïdien (4).

Les avantages de la détection précoce de ces cancers sont mal connus et rien n'indique qu'une palpation systématique du cou par le médecin aurait un impact quelconque sur l'évolution (morbidity) ou sur l'issue

(mortalité) de la maladie. C'est pourquoi le dépistage systématique de masse des cancers thyroïdiens n'est pas recommandé.

Au niveau thérapeutique, si le diagnostic évoque la malignité, une intervention chirurgicale sur la thyroïde sera le plus souvent nécessaire. Elle consiste en l'ablation de la glande, soit en partie (thyroïdectomie subtotale), soit en totalité. Elle peut être suivie de l'élimination du tissu thyroïdien résiduel par de l'iode radioactif. Des médicaments sont ensuite parfois prescrits afin de remplacer les hormones de la thyroïde. Quelques patients doivent également prendre des suppléments de calcium, si l'intervention a enlevé simultanément les glandes parathyroïdes. Ces prescriptions sont relatives à la glande thyroïde restante et aux conclusions faites lors de la chirurgie d'exérèse.

3. Etiologie

3.1. Facteurs prédisposants

- Facteurs génétiques : le cancer thyroïdien de type médullaire présente un caractère familial. Il est donc important de surveiller les membres de la famille des malades par des dosages périodiques de marqueurs tumoraux sériques (calcitonine).
- L'âge : on constate que les jeunes sont plus exposés à la maladie.
- Le sexe : le risque est accru et la présence d'un nodule est très suspecte si le patient est de sexe masculin. Cependant le cancer thyroïdien est 2 fois plus fréquent chez les femmes, globalement, les affections thyroïdiennes au sens large sont 8 fois plus fréquentes chez ces dernières.
- La présence d'un nodule solitaire dans la glande thyroïde ou d'un nodule froid à la scintigraphie à l'iode radioactif doit faire suspecter le stade initial ou le risque de développer un cancer de la glande, d'autant plus si le nodule est chaud à la scintigraphie au thalium radioactif.

3.2. Facteurs déclenchants ou aggravants

3.2.1. Les radiations ionisantes :

L'irradiation externe de la tête, du cou, de la partie supérieure du thorax était pratiquée dans le passé pour traiter diverses affections mineures dont les amygdalites récidivantes, l'acné et l'hypertrophie thymique. La thyroïde se trouvait systématiquement irradiée lors de ces traitements. On n'avait alors pas conscience que des doses faibles de radiations pendant l'enfance augmentaient le risque de néoplasies thyroïdiennes bénignes et malignes avec une période de latence de 5 à 10 ans ou plus (5). Les répercussions des radiations varient selon la dose absorbée, le type de rayonnement en cause et le type d'exposition. Lors de situations d'expositions massives et aiguës, telles les situations d'Hiroshima et de Tchernobyl, la glande thyroïde qui concentre activement l'iode, séquestre l'iode radioactif libéré dans le milieu (l'isotope 131), entraînant à moyen terme un risque de cancérisation (6). Ainsi depuis 1991, on constate une augmentation marquée de l'incidence du cancer de la thyroïde dans les régions autour de Tchernobyl (7). Dans celles ayant reçu le plus d'iode radioactif, la maladie touche près de 1 enfant de moins de 15 ans sur 10.000. Ces cancers, qui atteignent principalement les jeunes enfants, ont un temps de latence très court et sont de caractère très agressif. Aucune augmentation de cas de cancer de la thyroïde n'a été observée en Europe de l'Ouest, mais le manque de recul (à peine plus de 10 ans après la catastrophe de Tchernobyl) ne permet pas encore de se prononcer sur les répercussions à long terme.

L'irradiation interne par l'iode radioactif, suite à l'exposition pour des raisons médicales (hyperthyroïdie), n'est actuellement pas incriminée dans le développement des cancers de la thyroïde radioinduits (il faut cependant remarquer que les études qui ont été menées ont un seuil de sensibilité faible). Ces constatations sont faites essentiellement chez des adultes présentant une affection thyroïdienne et il n'y a pas de conclusion tirée pour le risque chez l'enfant.

3.2.2. Autres facteurs :

- Des polluants chimiques : sont incriminés, mais leur rôle est contesté car il n'y a pas de substance carcinogène chimique spécifique pour la glande thyroïde (8).

- La carence alimentaire en iode : il est bien connu que les personnes carencées en iode et qui sont soumises à de l'iode radioactif, ont tendance à séquestrer cet iode dans leur glande ; mais il n'y a pas de carence iodée dans les régions d'Ukraine et de Biélorussie et ce facteur de risque est donc peu documenté (8). Le développement de goître parmi les populations des régions montagneuses pauvres en iode est par ailleurs bien documenté.

Le risque des radiations ionisantes pour la thyroïde est d'autant plus important que la personne irradiée est jeune (petite enfance).

.3.3. Groupes à risque

- Les enfants : leur risque de développer ce cancer face aux radiations est plus élevé que pour les adultes, parce qu'ils sont plus sensibles aux effets des rayonnements et que leur thyroïde, en pleine croissance, absorbe plus d'iode radioactif.

4. Importance à Bruxelles

.4.1. Exposition aux facteurs de risque

Plus de quatre millions d'habitants vivent en Belgique à moins de 30 kilomètres d'une centrale nucléaire. Les centrales les plus proches de la Région bruxelloise sont celles de Fleurus et de Thiange, soit à une distance supérieure à 30 km.

Un accident nucléaire qui arriverait dans notre pays ou à proximité pourrait entraîner, à moyen et long terme, une élévation surtout chez les enfants, de l'incidence des cancers de la thyroïde et d'autres maladies (leucémie, altération de la reproduction). Le plan d'urgence national (8) en cas d'accident dans les installations nucléaires prévoit une pré-distribution de comprimés d'iode aux ménages via les pharmaciens, dans un rayon de 10 km autour des centrales. Pour les zones entre 10 et 20 km et les zones de confinement, le plan prévoit la constitution de stocks décentralisés de comprimés d'iode, à distribuer en cas d'accident. Cet iode ingéré doit saturer la glande thyroïde d'iode non radioactif avant qu'elle ne puisse absorber la forme nocive répandue dans le milieu. Les enfants sont prioritairement visés par cette mesure car ils sont plus sensibles au risque.

L'iodination de l'eau de distribution et de la plupart des sels de cuisine sont aussi des mesures préventive de l'hypothyroïdie (et à plus long terme, du cancer de la thyroïde en cas d'accident nucléaire).

.4.2. Incidence et mortalité

.4.2.1. Population générale

Au cours de la période 1990-1992, 551 Belges (147 hommes et 404 femmes) ont déclaré un cancer thyroïdien, ce qui représente pour la Belgique un taux d'incidence standardisé de

0,98 /100.000 pour les hommes et 2,36/100.000 chez les femmes. En Région Bruxelloise, l'incidence globale est de 1,18/100.000 personnes (9).

Ces cancers sont presque toujours traités avec succès et ne provoquent que peu de décès.

.4.2.2. Enfants

En Belgique, le nombre d'enfants qui développent actuellement ce cancer est très faible. Seuls 4 enfants en dessous de 15 ans ont déclaré ce cancer durant la période 1990-1992, ce qui équivaut à un taux d'incidence inférieur à 0,1/100.000 (9).

5. Ressources

Centre de documentation et outils pédagogiques destinés au public :

- Fédération Belge contre le Cancer, chaussée de Louvain 795, 1030 Bruxelles, tél. 736.99.99,
- Service de Protection contre les Radiations Ionisantes (SPRI), Ministère de la Santé Publique,

Quartier Vésale, Boulevard Pachéco 19 bte 5, 1010 Bruxelles.

Document de référence pour médecins :

- Smeesters P., Frühling J., Van Bladel L. & Wambersie A. Accidents nucléaires et prophylaxie par l'iode. 1ère partie : risques liés à l'irradiation de la glande thyroïde Rev Med Brux 1998; 6: 475-82.

6. Conclusion

Il n'y a pas de données assez fiables actuellement sur l'efficacité d'un dépistage du cancer thyroïdien dans l'examen médical périodique. Ce cancer, d'incidence très faible dans notre pays, doit retenir l'attention par les risques possibles liés à l'activité nucléaire de certaines régions. Dans ce type de pollution, des moyens préventifs simples dans la population peuvent réduire facilement le risque.

Sources

1. *Registre National du Cancer. Données année 1994.*
2. *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique. ED. Sidem-T.M. 1987.*
3. *L'Association Nucléaire Canadienne. Tchernobyl, 10 ans après. Les effets sur la santé. <http://www.cna.ca/cherf3.html>*
4. *Brander A., Viikinkoski P., Nickels J. et al. Thyroid gland: U.S. screening in a random adult population. Radiology 1991; 181: 683-87.*
5. *Hancock S.L. et al. Thyroid abnormalities after therapeutic external radiation. Int J Radiation Oncology Biol Phys 1995; 31: 1165-70.*
6. *Nagasaki S. et al. Thyroid diseases among atomic bomb survivors in Nagasaki. JAMA 1994; 272: 364-70.*
7. *Frühling J. The Chernobyl accident. Health effects: clinical and oncological considerations. Ann Ass Belg Radioprot 1997; 76: 900-9.*
8. *Smeesters P., Frühling J., Van Bladel L. & Wambersie A. Accidents nucléaires et prophylaxie par l'iode. 1ère partie : risques liés à l'irradiation de la glande thyroïde. Rev Med Brux 1998; 6: 475-82.*
9. *Registre National du cancer. Cancer en Belgique 1990-1992.*

Auteur(s) de la fiche

BOULAND Catherine