

## THÈME : PRISE EN CHARGE GANGLIONNAIRE DANS LES CANCERS DIFFERENCIÉS DE SOUCHE FOLLICULAIRE DU CORPS THYROÏDE

**BUT DE LA DEMARCHE :** Ce référentiel SFORL concerne la prise en charge des ganglions cervicaux et médiastinaux lors du traitement des carcinomes thyroïdiens différenciés de souche folliculaire ou vésiculaire

**CIBLE PROFESSIONNELLE :** chirurgiens spécialisés dans la pathologie de la thyroïde et médecins ayant en charge des patients atteints de cancers différenciés de la thyroïde.

*Ne retenez parmi les objectifs et les **CEAP** (☐) proposés ci-dessous que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager.*

*Pour plus de précisions sur chacun des **CEAP** proposés, merci de consulter les justifications et consignes d'utilisation.*

### 1. OBJECTIF : CONNAITRE LES ELEMENTS DU BILAN PRONOSTIQUE GANGLIONNAIRE

- Connaître les degrés d'atteinte ganglionnaire dans les classifications TNM et AJCC
- Connaître la valeur pronostique d'une atteinte infraclinique micro- ou macrométastatique
- Connaître les éléments pronostiques du staging ganglionnaire préopératoire par échographie - Doppler
- Connaître les indications et modalités de la cytoponction ganglionnaire et du dosage de la thyroglobuline *in situ*
- Connaître les indications de l'imagerie cervico-thoracique injectée, scintigraphie à l'<sup>131</sup>I, de la SPECT-TDM et de la TEP-TDM

### 2. OBJECTIF : CONNAITRE LES PRINCIPES GENERAUX DE LA CHIRURGIE GANGLIONNAIRE, CENTRES SUR LES CONCEPTS DE L'ÉVIDEMENT CENTRAL ET LATERAL

- Différencier les évidements de principe (cou cN0) et de nécessité (cou avec adénopathie clinique)
- Effectuer un évidement réglé et non pas simple « picking » ganglionnaire en cas d'adénopathie clinique du secteur central
- Connaître la faible valeur diagnostique de l'exploration chirurgicale du compartiment central en situation cN0
- Savoir que l'analyse extemporanée d'un ganglion n'a de valeur que positive
- Connaître la définition et les principes d'un évidement ganglionnaire central uni- ou bilatéral
- Connaître la classification de Robbins concernant l'annotation des pièces opératoires adressées en anatomo-pathologie
- Savoir que l'évidement ganglionnaire latéral doit être effectué après l'évidement central
- Savoir qu'il n'est pas nécessaire de réaliser un évidement traditionnel (« Radical neck dissection ») en dehors des volumineuses adénopathies en rupture capsulaire ou d'envahissement des structures de voisinage
- Connaître les indications et les modalités de la technique du ganglion sentinelle

**3. OBJECTIF : CONNAITRE LES PRINCIPES ET LES BUTS DE L'EVIDEMENT CENTRAL**

- Connaître les indications de l'évidement central bilatéral : en cas d'adénopathies cliniques cN+, au mieux concomitamment à la thyroïdectomie totale
- Connaître les indications de l'évidement central de principe uni ou bilatéral : fortement recommandé en cas de tumeur T3 ou T4cN0
- Savoir qu'en cas de découverte d'un cancer à l'examen histologique définitif (cN0), s'il est décidé une totalisation de thyroïdectomie, il n'y a pas de recommandation sur la réalisation d'un évidement latéro-trachéal ipsilatéral
- Savoir qu'en cas d'envahissement ganglionnaire au niveau du compartiment central (cN1a) sans signe clinique d'atteinte du compartiment latéral, il est recommandé de réaliser un évidement latéral de principe, homolatéral à la tumeur thyroïdienne

**4. OBJECTIF : CONNAITRE LES PRINCIPES ET LES BUTS DE L'EVIDEMENT LATERAL**

- Connaître les indications de l'évidement latéral de principe homolatéral à la tumeur thyroïdienne en cas d'envahissement ganglionnaire clinique au niveau du compartiment central (cN1a)
- Savoir quel type d'évidement latéral réaliser en cas de preuve cyto- ou histologique d'atteinte d'un ganglion du compartiment central
- Connaître les indications d'évidement ganglionnaire latéral en l'absence de signe d'atteinte ganglionnaire, centrale ou latérale
- Connaître les indications d'évidement de principe du compartiment latéral controlatéral à la tumeur thyroïdienne
- Connaître les indications d'extension des évidements latéraux aux aires IIb et V en cas de secteurs latéraux cliniquement négatifs

**5. OBJECTIF : CONNAITRE LES PRINCIPES ET LA PLACE DE L'EVIDEMENT ETENDU AU SECTEUR VII MEDIASTINAL SUPERIEUR**

- Connaître la définition anatomique de cette région
- Connaître les facteurs de risque d'envahissement du secteur VII
- Connaître les modalités optimales de réalisation d'un évidement exhaustif ganglionnaire optimal de la région VII
- Connaître les indications de l'évidement de la région VII

**6. OBJECTIF : CONNAITRE LES COMPLICATIONS OBSERVABLES DURANT LA CHIRURGIE D'EVIDEMENT GANGLIONNAIRE**

- Connaître les complications de l'évidement central (lésion des glandes parathyroïdes et du nerf laryngé inférieur, lésions vasculaires, trachéales et œsophagiennes) et de l'évidement latéral (lésions du nerf spinal, du plexus brachial et du nerf hypoglosse, traumatisme des vaisseaux collecteurs lymphatiques, lésions vasculaires)
- Savoir que durant un évidement central, il est recommandé d'effectuer des hémostases hypersélectives après avoir individualisé les parathyroïdes
- Connaître la conduite à tenir en cas de résection accidentelle d'une glande parathyroïde au cours d'un évidement ganglionnaire central
- Connaître les indications d'utilisation du neuromonitoring du nerf récurrent

## 7. OBJECTIF : CONNAITRE LA PLACE DE L'I131 DANS LA PRISE EN CHARGE EN CHARGE INITIALE

Connaître les indications d'un traitement par iode radioactif, qui dépendent de plusieurs paramètres dont le statut ganglionnaire

### Notice Explicative 1

#### CEAP: CONNAITRE LES ELEMENTS DU BILAN PRONOSTIQUE GANGLIONNAIRE

**Référence ou recommandation source :** Recommandation de Pratique Clinique de la Société Française d'ORL sur la « Prise en charge ganglionnaire dans les cancers différenciés de souche folliculaire du corps thyroïde chez l'adulte ».

#### **Grade de la recommandation de référence**

- Connaître la valeur pronostique d'une atteinte infraclinique micro- ou macrométastatique (Grade B).
- Connaître les éléments pronostiques du staging ganglionnaire préopératoire par échographie - Doppler (Grade A).
- Connaître les indications et modalités de la cytoponction ganglionnaire (Accord professionnel) et du dosage de la thyroglobuline *in situ* (Grade B).
- Connaître les indications de l'imagerie cervico-thoracique injectée (Grade B).
- Connaître les indications de la SPECT-TDM (Grade B).
- Connaître les indications de la TEP-TDM (Grade B).

#### **Justification du choix du critère**

- Connaître les degrés d'atteinte ganglionnaire dans les classifications TNM et AJCC. L'envahissement ganglionnaire a un impact sur le taux de récives locorégionales et également sur la survie. Les patients pN+ ont une augmentation du taux de récive et de mortalité à 30 ans. Ainsi, sur les bases d'un pN+ dans des T1N0, une prise d'iode 131 (131I) est préconisée. Le diagnostic des métastases ganglionnaires fait reclasser un patient atteint de CTD au-delà de 45 ans, d'un stade I à un stade III de la classification de l'AJCC.
- Connaître la valeur pronostique d'une atteinte infraclinique micro- ou macrométastatique : cette atteinte est un état pathologique qui aggrave le pronostic et justifie un traitement curatif.
- Connaître les éléments pronostiques du staging ganglionnaire préopératoire par échographie - Doppler : Cette prééminence vaut pour la détection, le diagnostic, la recherche de signes de malignité et la surveillance des ganglions cervicaux. Les données échographiques et le rendu de cet examen sont détaillés dans le référentiel français. Il est recommandé d'analyser tous les secteurs ganglionnaires cervicaux. Les critères majeurs de malignité microcalcifications, zone kystique, hyperéchogénicité, vascularisation périphérique exclusive ou mixte (sauf si contexte infectieux). Les deux critères mineurs sont: petit axe supérieur ou égal à 8 mm, L/S inférieur à 2, absence de hile visible.
- Connaître les indications et modalités de la cytoponction ganglionnaire : la cytoponction est proposée en cas de découverte de ganglions suspects lors du bilan pré-opératoire, et de découverte de ceux-ci lors des examens de

surveillance, en cas de critère échographique majeur de malignité ou en cas d'association d'au moins deux critères mineurs.

- Connaître les indications et modalités du dosage de la thyroglobuline in situ: la cytoponction est accompagnée d'un dosage de la Thyroglobuline (Tg) sur le liquide de rinçage si besoin. Ce dosage est nécessaire en cas d'atteinte ganglionnaire des ganglions latéraux.
- Connaître les indications de l'imagerie cervico-thoracique injectée: cette imagerie est particulièrement recommandée lorsqu'il existe un risque d'extension ganglionnaire médiastinale. Attention: l'injection de produit de contraste iodé lors de la réalisation d'un examen TDM interfère avec une éventuelle IRAtérapie durant 6 à 8 semaines.
- Connaître les indications de la SPECT-TDM: en cas d'IRAtérapie, la réalisation de la SPECT-TDM réalise le meilleur staging ganglionnaire, celui-ci influençant la prise en charge ultérieure.
- Connaître les indications de la TEP-TDM: elle est réalisée en cas de suspicion de récurrence ou de maladie persistante. Elle modifie alors la décision thérapeutique dans 30 à 40 % des cas. Elle est aussi recommandée dans le suivi post-thérapeutique, en cas d'élévation de la thyroglobuline sérique avec ou sans traitement frénateur, inexploquée par l'échographie et/ou la scintigraphie à l'iode.

#### Notice explicative 2

### CEAP 2. CONNAITRE LES PRINCIPES GENERAUX DE LA CHIRURGIE GANGLIONNAIRE, CENTRES SUR LES CONCEPTS DE L'EVIDEMENT CENTRAL ET LATERAL

**Référence ou recommandation source:** Recommandation de Pratique Clinique de la Société Française d'ORL sur la « Prise en charge ganglionnaire dans les cancers différenciés de souche folliculaire du corps thyroïde chez l'adulte ».

#### **Grade de la Recommandation de référence**

- Différencier les évidements de principe (cou cN0) et de nécessité (cou avec adénopathie clinique) (Accord professionnel).
- Effectuer un évidement réglé et non pas simple « picking » ganglionnaire en cas d'adénopathie clinique du secteur central (Grade C).
- Connaître la faible valeur diagnostique de l'exploration chirurgicale du compartiment central en situation cN0 (Grade C).
- Savoir que l'analyse extemporanée d'un ganglion n'a de valeur que positive (grade A).
- Connaître la définition et les principes d'un évidement ganglionnaire central uni-ou bilatéral (Accord professionnel).
- Connaître la classification de Robbins concernant l'annotation des pièces opératoires adressées en anatomo-pathologie (Accord professionnel).
- Savoir que l'évidement ganglionnaire latéral doit être effectué après l'évidement central (Accord professionnel).
- Savoir qu'il n'est pas nécessaire de réaliser un évidement traditionnel (« Radical neck dissection ») en dehors des volumineuses adénopathies en rupture capsulaire ou d'envahissement des structures de voisinage (Accord professionnel).

- Connaître les indications et les modalités de la technique du ganglion sentinelle (Grade B).

#### **Justification du choix du critère**

- Différencier les évidements de principe (cou cN0) et de nécessité (cou avec adénopathie clinique) : cette distinction doit être préférée à celle, plus classique, d'évidements prophylactiques et thérapeutiques, le terme prophylactique étant inadapté à la situation cN0-pN+.
- Effectuer un évidement réglé et non pas simple « picking » ganglionnaire en cas d'adénopathie clinique du secteur central : le picking n'a pas de valeur diagnostique suffisante ni de rôle thérapeutique.
- Ne pas réaliser d'évidement traditionnel (« Radical neck dissection ») en dehors des volumineuses adénopathies en rupture capsulaire ou d'envahissement des structures de voisinage : en dehors de ces cas particulier, un évidement radical n'améliore pas le pronostic vital.
- La technique du ganglion sentinelle est réalisable dans la prise en charge ganglionnaire des cancers différenciés de la thyroïde, selon des modalités à bien connaître, seulement chez des patients cN- et si possible dans le cadre d'études cliniques formalisées.

#### Notice explicative 3

### **CEAP 3. CONNAITRE LES PRINCIPES ET LES BUTS DE L'EVIDEMENT CENTRAL**

**Référence ou recommandation source:** Recommandation de Pratique Clinique de la Société Française d'ORL sur la « Prise en charge ganglionnaire dans les cancers différenciés de souche folliculaire du corps thyroïde chez l'adulte ».

#### **Grade de la Recommandation de référence**

- Connaître les indications de l'évidement central bilatéral : en cas d'adénopathies cliniques cN+, au mieux concomitamment à la thyroïdectomie totale (Grade C).
- Connaître les indications de l'évidement central de principe uni ou bilatéral : fortement recommandé en cas de tumeur T3 ou T4cN0 (Grade C).
- Savoir qu'en cas de découverte d'un cancer à l'examen histologique définitif (cN0), s'il est décidé une totalisation de thyroïdectomie, il n'y a pas de recommandation sur la réalisation d'un évidement latéro-trachéal ipsilatéral (Accord professionnel).
- Savoir qu'en cas d'envahissement ganglionnaire au niveau du compartiment central (cN1a) sans signe clinique d'atteinte du compartiment latéral, il est recommandé de réaliser un évidement latéral de principe, homolatéral à la tumeur thyroïdienne (Grade C).

#### **Justification du choix du critère**

- L'évidement central bilatéral est indiqué en cas d'adénopathies cliniques cN+ et est au mieux réalisé dans le même temps que la thyroïdectomie totale : ce geste limite le risque de récurrence ganglionnaire.
- L'évidement central de principe uni ou bilatéral est fortement recommandé en cas de tumeur T3 ou T4cN0 : cet évidement pourrait diminuer les risques de récurrences

locorégionales, améliorer la survie. En outre, il évite la morbidité d'une réintervention et facilite le traitement et la surveillance ultérieurs.

- En cas d'envahissement ganglionnaire au niveau du compartiment central (cN1a), sans signe clinique d'atteinte du compartiment latéral, la fréquence de l'association d'une atteinte du compartiment latéral étant très élevée, il est recommandé de réaliser un évidement latéral de principe, homolatéral à la tumeur thyroïdienne : cette attitude diminue le risque de récurrence ganglionnaire, même dans les tumeurs à faible risque.

#### Notice explicative 4

#### CEAP 4. CONNAITRE LES PRINCIPES ET LES BUTS DE L'EVIDEMENT LATERAL

**Référence ou recommandation source:** Recommandation de Pratique Clinique de la Société Française d'ORL sur la « Prise en charge ganglionnaire dans les cancers différenciés de souche folliculaire du corps thyroïde chez l'adulte ».

#### **Grade de la Recommandation de référence**

- Connaître les indications de l'évidement latéral de principe homolatéral à la tumeur thyroïdienne en cas d'envahissement ganglionnaire clinique au niveau du compartiment central (cN1a) (Grade C).
- Savoir quel type d'évidement latéral réaliser en cas de preuve cyto- ou histologique d'atteinte d'un ganglion du compartiment central (Grade C).
- Connaître les indications d'évidement ganglionnaire latéral en l'absence de signe d'atteinte ganglionnaire, centrale ou latérale (Grade C).
- Connaître les indications d'évidement de principe du compartiment latéral controlatéral à la tumeur thyroïdienne (Grade C).
- Connaître les indications d'extension des évidements latéraux aux aires IIb et V en cas de secteurs latéraux cliniquement négatifs (Grade C).

#### **Justification du choix du critère**

- En situation cN0 du compartiment, un traitement chirurgical des secteurs latéraux peut être réalisé ou non en fonction des équipes et des écoles (Accord professionnel). En cas de tumeur localement agressive ou de variant agressif cN0, il est recommandé de réaliser un évidement latéral de principe ipsilatéral à la tumeur. Les critères de variant agressif sont les suivants : exérèse incomplète non ré-opérable ou exérèse complète mais avec risque important de récurrence ou de mortalité (grosse tumeur et/ou extension extra-thyroïdienne), extension ganglionnaire ou métastase viscérale ou osseuse. Dans ces situations (tumeur localement invasive ou variant agressif), le taux d'invasion des ganglions latéraux peut aller jusqu'à 50%.
- En cas de secteurs latéraux cliniquement négatifs, effectuer un évidement des secteurs IIa, III et IV, et n'étendre le geste aux niveaux IIb et V n'est recommandée qu'en cas d'atteinte histologique prouvée en cytoponction ou en extemporanée des secteurs sus cités. Cette attitude, recommandée par deux études, ne tient cependant pas compte de la possibilité d'atteintes micro-métastatiques fréquemment méconnues par l'examen extemporané ou la cytoponction.

## Notice explicative 5

**CEAP 5. CONNAITRE LES PRINCIPES ET LA PLACE DE L'ÉVIDEMENT ÉTENDU AU SECTEUR VII MEDIASTINAL SUPÉRIEUR**

**Référence ou recommandation source:** Recommandation de Pratique Clinique de la Société Française d'ORL sur la « Prise en charge ganglionnaire dans les cancers différenciés de souche folliculaire du corps thyroïde chez l'adulte ».

**Grade de la Recommandation de référence**

- Connaître la définition anatomique de cette région (Accord professionnel).
- Connaître les facteurs de risque d'envahissement du secteur VII (Grade C).
- Connaître les modalités optimales de réalisation d'un évidement exhaustif ganglionnaire optimal de la région VII (Accord Professionnel).
- Connaître les indications de l'évidement de la région VII (Accord professionnel).
- Connaître les indications de l'évidement de la région VII (Grade C).

## Notice explicative 6

**CEAP 6. CONNAITRE LES COMPLICATIONS OBSERVABLES DURANT LA CHIRURGIE D'ÉVIDEMENT GANGLIONNAIRE**

**Référence ou recommandation source:** Recommandation de Pratique Clinique de la Société Française d'ORL sur la « Prise en charge ganglionnaire dans les cancers différenciés de souche folliculaire du corps thyroïde chez l'adulte ».

**Grade de la Recommandation de référence**

- Connaître les complications de l'évidement central (lésion des glandes parathyroïdes et du nerf laryngé inférieur, lésions vasculaires, trachéales et œsophagiennes) et de l'évidement latéral (lésions du nerf spinal, du plexus brachial et du nerf hypoglosse, traumatisme des vaisseaux collecteurs lymphatiques, lésions vasculaires) (Grade C).
- Savoir que durant un évidement central, il est recommandé d'effectuer des hémostases hypersélectives après avoir individualisé les parathyroïdes (Grade C)
- Connaître la conduite à tenir en cas de résection accidentelle d'une glande parathyroïde au cours d'un évidement ganglionnaire central (Grade C)
- Connaître les indications d'utilisation du neuromonitoring du nerf récurrent (Grade C)

**Justification du choix du critère**

- Connaître les complications de l'évidement central et de l'évidement latéral. Les principales complications sont l'hypoparathyroïdie et la paralysie du nerf laryngé inférieur de l'ordre de 5% et 1% respectivement, de façon définitive. Les plaies de l'axe vasculaire, ainsi que les lésions œsophagiennes ou trachéales sont exceptionnelles et le fait de dissections difficiles sur cancers invasifs.
- Durant un évidement central il est recommandé d'effectuer des hémostases hypersélectives après avoir individualisé les parathyroïdes. Si au cours d'un évidement ganglionnaire central, une glande parathyroïde a été réséquée, il est recommandé de la réimplanter en étant certain qu'il ne s'agit pas d'un ganglion

métastatique. L'hypoparathyroïdie est considérée comme transitoire pendant un an et définitive au delà. Cette complication est à l'origine d'une contrainte liée à la prise quotidienne d'un traitement médical vitamino-calcique ; ce traitement et sa surveillance sont responsables d'un surcoût important.

- L'utilisation du neuromonitoring est recommandée en cas de geste chirurgical extensif bilatéral prévu et/ou lorsqu'il existe une paralysie unilatérale en préopératoire. Pour certains, il ne semble pas y avoir de différence significative de paralysie laryngée entre les patients dont la motricité laryngée est monitorée par rapport à ceux qui ne le sont pas. En revanche le monitoring per opératoire réduit le taux de paralysie bilatérale et de fait, le risque de trachéotomie car il dicte l'arrêt du geste lorsqu'une paralysie laryngée d'un côté est suspectée. Son utilisation est fortement conseillée lorsqu'un geste de thyroïdectomie avec évidemment bilatéral est prévu

#### Notice explicative 7

### CEAP 7. CONNAITRE LA PLACE DE L'I131 DANS LA PRISE EN CHARGE EN CHARGE INITIALE

**Référence ou recommandation source:** Recommandation de Pratique Clinique de la Société Française d'ORL sur la « Prise en charge ganglionnaire dans les cancers différenciés de souche folliculaire du corps thyroïde chez l'adulte ».

#### **Grade de la Recommandation de référence**

Connaître les indications d'un traitement par iode radioactif, qui dépendent de plusieurs paramètres dont le statut ganglionnaire (Grade B).

#### **Justification du choix du critère**

Après une thyroïdectomie totale ou partielle, l'administration d'iode 131 n'est pas systématique. Son indication est retenue chaque fois que l'extension de la tumeur appréciée par la classification TNM et/ou la multifocalité et/ou le type histologique agressif font craindre une maladie résiduelle, une extension à distance ou un risque d'évolution ultérieure. Chez les patients à très faible risque (pT1a ≤ 10 mm, unifocal, N0-Nx, M0-Mx), l'IRa thérapie n'est pas indiquée.