

18

Cancer de la thyroïde

Avec 3 711 nouveaux cas estimés en 2000 en France, le cancer de la thyroïde représente 1 % de l'ensemble de nouveaux cas de cancers (Remontet et coll., 2003).

L'incidence du cancer de la thyroïde est en augmentation au cours des deux dernières décennies. Pour l'homme, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale était de 1,2/100 000 en 1980 et de 2,12/100 000 en 2000, soit une augmentation annuelle moyenne de 2,89 %. Pour la femme, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est passé de 2,7/100 000 en 1980 à 7,5/100 000 en 2000 soit une augmentation annuelle moyenne de 4,80 % (Remontet et coll., 2003). Le *sex-ratio* est de 0,3.

Le risque de développer un cancer de la thyroïde selon la cohorte de naissance augmente ; cet effet cohorte prononcé est observé aussi bien chez les hommes que chez les femmes, avec une accélération à partir de la cohorte de 1928. La mortalité selon la cohorte de naissance montre une diminution du risque de décès par cancer de la thyroïde.

L'âge médian au diagnostic est de 51 ans chez la femme et de 52 ans chez l'homme. L'incidence diminue à partir de 65 ans chez les femmes et à partir de 75 ans chez les hommes.

Malgré l'augmentation d'incidence, la mortalité diminue régulièrement, le taux annuel moyen d'évolution est de -1,37 % chez les hommes et de -1,87 % chez les femmes.

D'après Eurocare, la survie relative à 5 ans dans le cas des cancers de la thyroïde, tous stades confondus, est de 90,1 % pour les patients diagnostiqués entre 1992 et 1994 et pour les huit pays retenus.

Surmortalité annuelle tous stades confondus d'après Eurocare

Le tableau 18.I présente les estimations de la surmortalité annuelle avec un intervalle de confiance à 95 %. Ces estimations sont obtenues en prenant en

compte tous les patients diagnostiqués entre 1983 et 1994 en Europe (8 pays). La surmortalité annuelle est à 1,65 % dès la 2^e année après le diagnostic ; elle continue à diminuer pour se stabiliser à 0,5 % à la 5^e année (figure 18.1).

Le tableau 18.II présente les données de surmortalité annuelle chez les hommes et les femmes. La surmortalité annuelle est environ deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans les premières années suivant le diagnostic ; cette différence s'amenuise au cours du temps (figure 18.2).

Le tableau 18.III rassemble les résultats de surmortalité annuelle obtenue pour les différentes tranches d'âges. Pour la tranche d'âges 15-44 ans, la surmortalité annuelle est de 0,71 % entre 0 et 1 an, et diminue rapidement pour atteindre zéro. Le profil de la tranche d'âges 45-54 ans est très similaire (figure 18.3). Pour les classes d'âges de 55-64 ans et 65-74 ans, la surmortalité est également proche de zéro dans la partie finale de la courbe.

Les données de surmortalité annuelle concernant les 4 différentes cohortes sont présentées dans le tableau 18.IV. Les estimations de surmortalité annuelle apparaissent plus faibles pour la dernière cohorte 1992-1994 durant les deux premières années suivant le diagnostic (figure 18.4).

Surmortalité annuelle à très long terme (tous stades confondus) : autres études

Pour l'évaluation de la surmortalité annuelle à très long terme du cancer de la thyroïde, deux sources de données en population existent : les données américaines du programme SEER (*Surveillance Epidemiology and End Results*) du *National Institute of Cancer*, et les données du registre national des cancers suédois.

Pour les patients atteints d'un cancer de la thyroïde, diagnostiqués entre 1973 et 1998, Brenner (2002) a évalué la survie relative à 5, 10, 15 et 20 ans à partir des données américaines du programme SEER. En utilisant la méthode « analyse période » (qui prend en compte la survie observée pendant les premières années suivant le diagnostic des périodes les plus récentes), les estimations de survie relative sont respectivement de 96 %, 95,8 %, 94 %, 95,4 %. L'estimation de la surmortalité annuelle moyenne est proche de zéro sur l'ensemble de la période.

Pour des patients atteints d'un cancer de la thyroïde, diagnostiqués entre 1960 et 1998, Talbäck et coll. (2004) ont évalué la survie relative à 5, 10 et 15 ans à partir des données du registre national des cancers suédois. En utilisant la méthode « analyse période », les auteurs ont estimé les survies relatives à 83,8 %, 81,7 %, 85,1 % à 5, 10 et 15 ans respectivement. Ces données sont comparables à la survie relative à 5, 10 et 15 ans, observée pour les patients diagnostiqués durant la période la plus récente ; elle est

respectivement de 85,2 %, 84,4 % et 81,7 %. L'estimation de la surmortalité annuelle moyenne est proche de zéro sur l'ensemble de la période. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus avec les données américaines. Ils montrent qu'il n'y a pas de surmortalité à long terme liée aux cancers de la thyroïde.

Survie relative ou surmortalité à long terme selon le stade

En France, dans l'étude Petri (Ile-de-France, 2004), la survie relative à 5 ans est de l'ordre de 95 % chez les hommes et chez les femmes atteints d'un cancer de la thyroïde. L'analyse selon le stade montre que la majorité des cas sont diagnostiqués au stade I, et que la survie relative à 5 ans est de 98 %. Le peu de cas diagnostiqués en stades II, III et IV ne permet pas d'obtenir des données de survie suffisamment précises. En revanche, l'analyse de la survie selon l'anatomopathologie permet de montrer le bon pronostic des formes papillaires (survie relative à 5 ans de 100 %) ; trop peu de données sur les formes vésiculaires (7 cas) ne permettent pas d'obtenir des données de survie suffisamment précises.

Aux États-Unis, le programme SEER (*Surveillance Epidemiology and End Results*) du *National Institute of Cancer* fournit des données de survie relative par année selon trois stades du cancer - localisé, régional, et à distance (métastases à distance de la localisation) - et un stade non déterminé (informations insuffisantes dans la base pour déterminer le stade). À partir de ces données, il est possible de calculer une surmortalité annuelle selon le stade du cancer de la thyroïde (tableau 18.V). La répartition des cas de cancer de la thyroïde selon les stades - localisé, régional et à distance - est respectivement de 55,1 %, 36,5 % et 5,5 %. Les résultats concernent les hommes et les femmes, tous âges confondus et pour une période de diagnostic comprise entre 1988 et 2001.

Ces résultats mettent en évidence une surmortalité annuelle nulle dès la deuxième année après le diagnostic pour le stade localisé. Pour les autres stades, la surmortalité diminue très rapidement et atteint zéro dans tous les cas entre 6 et 8 ans après le diagnostic.

Influence d'autres facteurs pronostiques et des traitements sur la survie

Les cancers thyroïdiens les plus fréquents sont dérivés du thyrocyte (sécrétant de la thyroglobuline, TG) ou cellule vésiculaire (folliculaire dans les pays anglophones). Le groupe dominant (plus de 80 % des cas) est représenté par les cancers différenciés : cancers papillaires et cancers vési-

culaires. Les cancers peu différenciés (environ 2 % des cas) et indifférenciés ou anaplasiques (4-5 %) sont plus rares. Il existe par ailleurs (7 % des cas) des cancers dérivés de la cellule C (sécrétant de la calcitonine, CT) ou cancers médullaires dont un quart est héréditaire. Le dépistage précoce avec chirurgie prophylactique des formes familiales aboutit à une guérison de 100 %. Les cancers anaplasiques sont plus fréquents chez les sujets de plus de 60 ans.

Les éléments du pronostic reposent sur le type histologique, l'âge au diagnostic (plus ou moins de 45 ans), la taille de la tumeur (plus ou moins de 3 cm), le statut locorégional (confiné ou non à la glande), la présence ou non de métastases ganglionnaires, et l'existence ou non de métastases à distance.

Tableau 18.V : Surmortalité annuelle selon le stade au diagnostic pour la période 1988-2001 (d'après 9 registres SEER, *Surveillance Epidemiology and End Results*, 2004)

Intervalle (année)	Surmortalité annuelle (%)		
	Stade localisé	Stade régional (N+)	Stade à distance (M+)
0-1	0,50	2,60	30,1
1-2	0,00	0,62	6,01
2-3	0,00	0,41	4,26
3-4	0,00	0,31	2,38
4-5	0,00	0,31	3,58
5-6	0,00	0,31	0,00
6-7	0,00	0,10	1,69
7-8	0,00	0,31	0,52
8-9	0,00	0,00	0,00
9-10	0,00	0,63	0,00

Pour un sujet de moins de 45 ans, présentant une tumeur de moins de 3 cm, différenciée, sans envahissement ganglionnaire et sans métastase ganglionnaire ou à distance, la survie est de 100 % à 20 ans.

Entre la période 1978-1982 et la période 1999-2001, le registre de Champagne-Ardenne a constaté une augmentation très forte de la fréquence (29,1 % à 43 %) de microcancers papillaires (0 à 1 cm), parallèlement à une diminution significative des tumeurs de grand diamètre (52,5% à 40,9% pour les tumeurs inférieures à 4 cm et 17,7 % à 15,9 % pour les tumeurs de plus de 4 cm ou avec extension extra-capsulaire).

Les survies relatives à 5 ans selon les stades I, II, III, IV (*American Joint Committee on Cancer, AJCC*) pour le cancer papillaire chez des patients diagnostiqués entre 1985 et 1990 sont de 100 %, 100 %, 94 % et 48 % respectivement.

Pour le cancer vésiculaire, les survies relatives à 5 ans sont de 99 %, 99 %, 82 % et 47 %. Les survies relatives à 5 ans sont également estimées selon le grade histologique (tableau 18.VI) (Hundhal et coll., 1998).

Tableau 18.VI : Survie relative à 5 et 10 ans en fonction du sous-groupe histologique et du grade histologique (d'après Hundahl et coll., 1998)

Sous-groupe histologique	Survie relative à 5 ans/10 ans (%) (nombre de patients)		
	Grade histologique 1	Grade histologique 2	Grade histologique 3
Papillaire	98/86 (2365)	93/73 (760)	70/68 (254)
Vésiculaire	97/47 (878)	85/65 (200)	59/52 (167)

L'influence des stratégies thérapeutiques sur la survie est difficile à établir même avec une étude randomisée prospective car l'évolutivité du cancer thyroïdien est faible et les survies sont très prolongées. Par ailleurs, les protocoles de traitement varient d'une équipe à l'autre.

Pour le cas particulier des cancers indifférenciés, la durée de survie n'est pas modifiée par la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie seule. En fait, seuls les protocoles associant plusieurs modalités de traitement peuvent améliorer le contrôle tumoral local évitant les décès par asphyxie.

BIBLIOGRAPHIE

BRENNER H. Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet* 2002, **360** : 1131-1135

ETUDE PETRI (PRÉVENTION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES TUMEURS EN RÉGION ILE-DE-FRANCE). Survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France, cohorte 1994-1999. 2004 : 73 p

HUNDAHL SA, FLEMING ID, FREMGEN AM, MENCK HR. A National Cancer Data Base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S., 1985-1995. *Cancer* 1998, **83** : 2638-2648

REMONTET L, BUEMI A, VELTEN M, JOUGLA E, ESTEVE J. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. *Invs* 2003 : 217 p

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGY AND END RESULTS (SEER) PROGRAM. (www.seer.cancer.gov) SEER*Stat Database: Incidence - SEER 9 Regs Public-Use, Nov 2004 Sub (1973-2002), National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research

TALBACK M, STENBECK M, ROSEN M. Up-to-date long-term survival of cancer patients: an evaluation of period analysis on Swedish Cancer Registry data. *Eur J Cancer* 2004, **40** : 1361-1372

Présentation des données de surmortalité d'après Eurocare

Tableau 18.1 : Surmortalité annuelle chez les patients diagnostiqués entre 1983-1994

Intervalle (année)	Surmortalité [IC _{95%}] (% annuel)
	Global (N=9 819)
0-1	7,63 [7,08 ; 8,17]
1-2	1,65 [1,34 ; 1,97]
2-3	1,11 [0,83 ; 1,38]
3-4	0,83 [0,56 ; 1,09]
4-5	0,71 [0,45 ; 0,97]
5-6	0,38 [0,13 ; 0,63]
6-7	0,67 [0,35 ; 0,99]
7-8	0,90 [0,54 ; 1,26]
8-9	0,44 [0,10 ; 0,79]
9-10	0,49 [0,08 ; 0,90]
10-11	0,61 [0,15 ; 1,07]
11-12	0,48 [-0,03 ; 0,99]

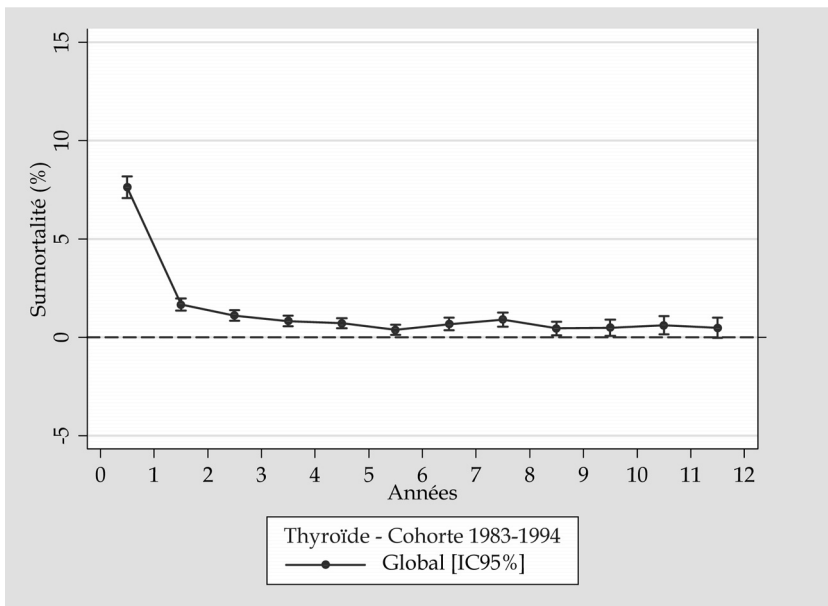


Figure 18.1 : Surmortalité annuelle chez les patients de la cohorte 1983-1994 159

Tableau 18.II : Surmortalité annuelle chez les femmes et les hommes diagnostiqués entre 1983 et 1994

Intervalle (année)	Surmortalité [IC _{95%}] (% annuel)	
	Femmes (N=7 393)	Hommes (N=2 424)
0-1	5,99 [5,42 ; 6,55]	12,63 [11,25 ; 14,02]
1-2	1,26 [0,95 ; 1,57]	2,97 [2,11 ; 3,83]
2-3	0,68 [0,42 ; 0,94]	2,56 [1,72 ; 3,40]
3-4	0,65 [0,39 ; 0,91]	1,52 [0,77 ; 2,26]
4-5	0,51 [0,26 ; 0,77]	1,37 [0,61 ; 2,13]
5-6	0,22 [-0,02 ; 0,47]	1,00 [0,24 ; 1,76]
6-7	0,63 [0,30 ; 0,96]	0,85 [0,03 ; 1,68]
7-8	0,63 [0,28 ; 0,98]	1,64 [0,63 ; 2,65]
8-9	0,31 [-0,03 ; 0,65]	0,98 [-0,02 ; 1,98]
9-10	0,42 [-0,00 ; 0,84]	0,93 [-0,21 ; 2,07]
10-11	0,50 [0,03 ; 0,97]	1,21 [-0,08 ; 2,50]
11-12	0,60 [0,04 ; 1,16]	0,27 [-0,96 ; 1,50]

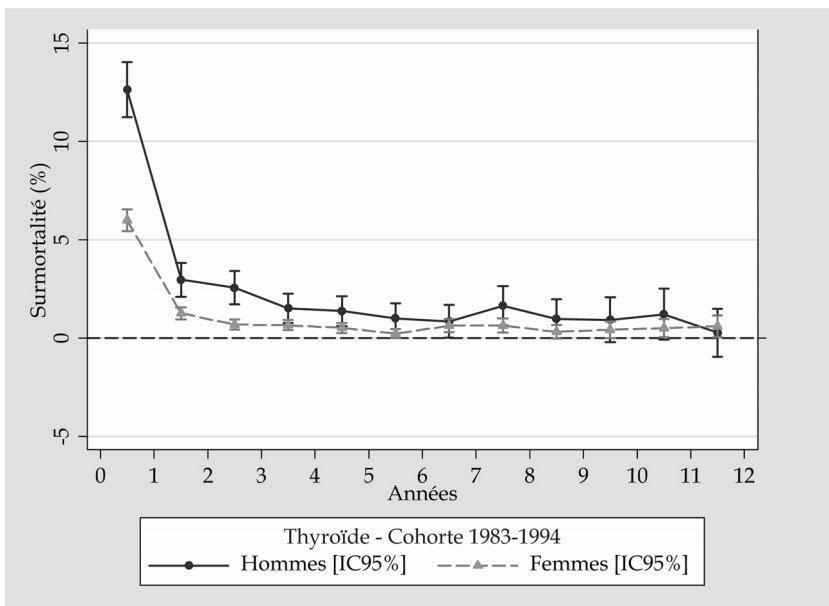


Figure 18.2 : Surmortalité annuelle chez les femmes et les hommes de la cohorte 1983-1994

Tableau 18.III : Surmortalité annuelle par classe d'âges de la cohorte 1983-1994

Intervalle (année)	Surmortalité [IC _{95%}] (% annuel)			
	15-44 ans (N=4 229)	45-54 ans (N=1 914)	55-64 ans (N=1 850)	65-74 ans (N=1 826)
0-1	0,71 [0,44 ; 0,98]	3,62 [2,75 ; 4,49]	11,69 [10,18 ; 13,21]	24,06 [22,01 ; 26,11]
1-2	0,28 [0,10 ; 0,47]	1,25 [0,67 ; 1,82]	2,77 [1,84 ; 3,69]	5,19 [3,76 ; 6,63]
2-3	0,18 [0,02 ; 0,34]	0,75 [0,26 ; 1,24]	1,87 [1,04 ; 2,70]	3,81 [2,43 ; 5,19]
3-4	0,25 [0,06 ; 0,43]	0,40 [-0,01 ; 0,81]	1,89 [1,03 ; 2,75]	2,19 [0,91 ; 3,46]
4-5	0,05 [-0,08 ; 0,19]	0,54 [0,08 ; 1,01]	1,39 [0,56 ; 2,22]	2,55 [1,13 ; 3,97]
5-6	0,06 [-0,08 ; 0,21]	-0,04 [-0,37 ; 0,28]	0,74 [-0,05 ; 1,54]	1,85 [0,36 ; 3,34]
6-7	0,13 [-0,06 ; 0,31]	0,44 [-0,12 ; 0,99]	1,57 [0,50 ; 2,64]	2,15 [0,35 ; 3,94]
7-8	0,13 [-0,07 ; 0,33]	0,94 [0,22 ; 1,67]	1,50 [0,38 ; 2,63]	3,36 [1,24 ; 5,48]
8-9	0,12 [-0,09 ; 0,34]	0,62 [-0,09 ; 1,33]	1,35 [0,14 ; 2,57]	0,27 [-1,68 ; 2,22]
9-10	0,19 [-0,08 ; 0,47]	1,23 [0,22 ; 2,24]	-0,12 [-1,17 ; 0,94]	1,63 [-1,06 ; 4,31]
10-11	-0,07 [-0,24 ; 0,09]	1,42 [0,28 ; 2,55]	1,29 [-0,24 ; 2,82]	1,57 [-1,42 ; 4,57]
11-12	0,16 [-0,16 ; 0,48]	0,92 [-0,24 ; 2,07]	1,62 [-0,27 ; 3,51]	-0,65 [-3,69 ; 2,40]

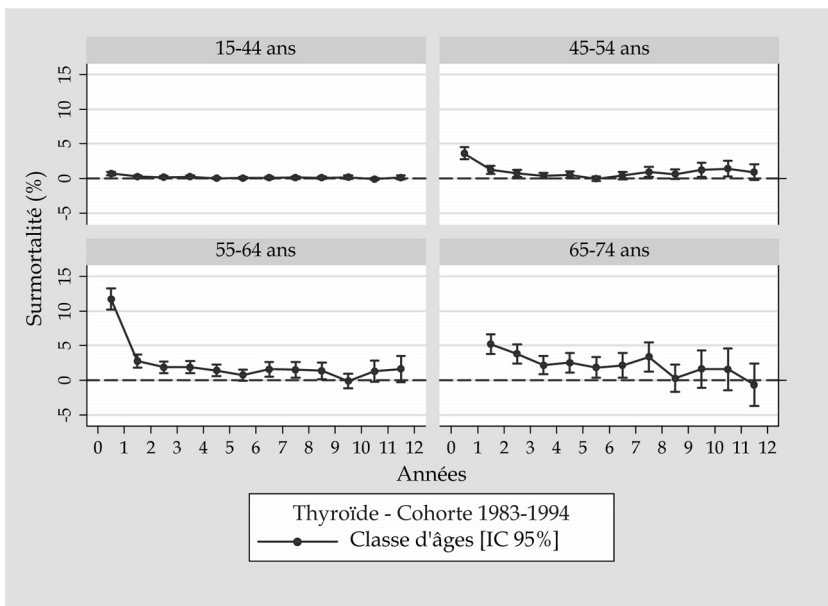
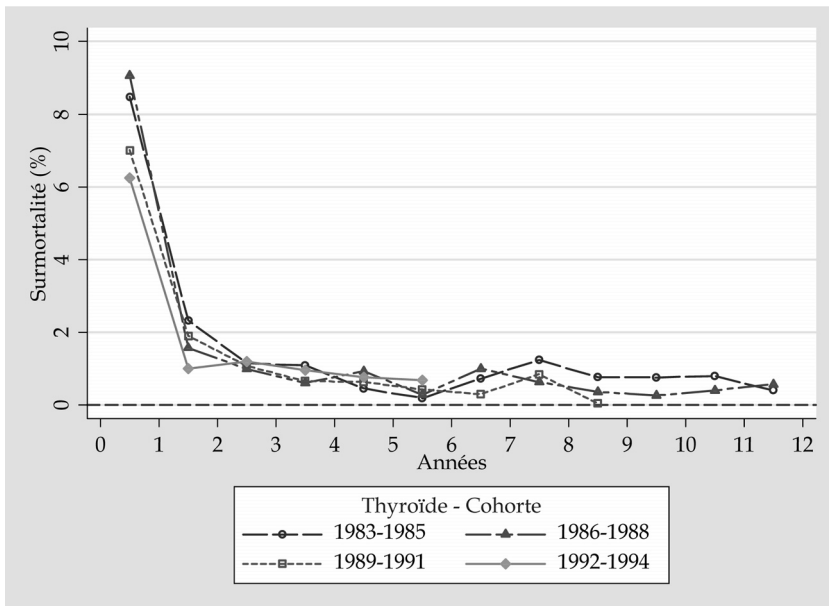


Figure 18.3 : Surmortalité annuelle par classe d'âges de la cohorte 1983-1994

Tableau 18.IV : Surmortalité annuelle dans les quatre cohortes Eurocare

Intervalle (année)	Surmortalité [IC _{95%}] (% annuel)			
	Cohorte 1983-1985 (N=2 119)	Cohorte 1986-1988 (N=2 465)	Cohorte 1989-1991 (N=2 464)	Cohorte 1992-1994 (N=2 771)
0-1	8,48 [7,23 ; 9,72]	9,06 [7,88 ; 10,24]	7,01 [5,95 ; 8,06]	6,25 [5,31 ; 7,19]
1-2	2,33 [1,55 ; 3,11]	1,57 [0,96 ; 2,19]	1,90 [1,25 ; 2,55]	1,00 [0,52 ; 1,48]
2-3	1,15 [0,52 ; 1,78]	0,99 [0,45 ; 1,53]	1,08 [0,53 ; 1,63]	1,19 [0,68 ; 1,71]
3-4	1,09 [0,45 ; 1,72]	0,61 [0,12 ; 1,10]	0,66 [0,17 ; 1,15]	0,96 [0,47 ; 1,46]
4-5	0,46 [-0,08 ; 1,00]	0,93 [0,38 ; 1,48]	0,64 [0,14 ; 1,13]	0,77 [0,25 ; 1,29]
5-6	0,19 [-0,31 ; 0,69]	0,29 [-0,16 ; 0,73]	0,43 [-0,04 ; 0,89]	0,68 [0,02 ; 1,34]
6-7	0,73 [0,11 ; 1,35]	1,00 [0,42 ; 1,59]	0,30 [-0,16 ; 0,76]	-
7-8	1,24 [0,52 ; 1,96]	0,63 [0,09 ; 1,17]	0,85 [0,23 ; 1,47]	-
8-9	0,77 [0,11 ; 1,42]	0,37 [-0,14 ; 0,87]	0,05 [-0,57 ; 0,66]	-
9-10	0,76 [0,09 ; 1,43]	0,27 [-0,24 ; 0,77]	-	-
10-11	0,80 [0,10 ; 1,49]	0,41 [-0,19 ; 1,00]	-	-
11-12	0,41 [-0,23 ; 1,05]	0,57 [-0,27 ; 1,41]	-	-



162 **Figure 18.4 : Evolution de la surmortalité annuelle par cohorte**