

Soins



Cancers de la thyroïde PLUS FRÉQUENTS MAIS MIEUX SOIGNÉS

Amélioration du dépistage, augmentation de l'espérance de vie, radiations... Les cancers thyroïdiens progressent, mais ils tuent de moins en moins, car ils sont diagnostiqués plus tôt. Et ils bénéficient d'une désescalade thérapeutique.

La mauvaise nouvelle, c'est qu'ils sont en forte progression (lire par ailleurs). La bonne, c'est qu'ils tuent beaucoup moins. Et « ce n'est pas parce que ce cancer est devenu plus "gentil" que l'on en meurt moins, mais bien grâce aux progrès de la médecine, et plus particulièrement de la radiologie, qui permet un dépistage précoce », introduit le Pr José Santini, chirurgien ORL à la Clinique Saint George à Nice et spécialiste de la prise en charge des cancers de la thyroïde (1).

Échographie de dépistage

« L'échographie en particulier a représenté une vraie révolution dans la prise en charge des maladies de la thyroïde. Un radiologue bien formé parvient à analyser très précisément les nodules (petite masse située dans le tissu thyroïdien, Ndlr), au millimètre près, à étudier la vascularisation, les contours, et à faire le tri d'emblée entre nodules tout à fait banals et ceux qui sont à risque d'évolution vers un cancer, pour lesquels une indication chirurgicale peut être posée. »

Précision majeure : la plupart des pathologies nodulaires thyroïdiennes sont en effet tout à fait bénignes, sans danger pour la santé, liées « à la transformation de la thyroïde avec l'avancée en âge », souvent dans un contexte de « mauvaise génétique ». C'est seulement lorsque « les nodules sont plus gros, denses, qu'ils

sont ponctionnés et analysés. » Autres éléments importants pris en considération : le franchissement de la capsule entourant la glande thyroïde et la diffusion dans les ganglions lymphatiques qui sont les signes de cancers plus graves.

Cancer à haut risque ou à bas risque

Lorsque les examens cytopathologiques (analyse des cellules recueillies par ponction sous échographie) mettent en évidence la présence de cellules cancéreuses, les modalités de la prise en charge, qui est toujours chirurgicale, vont dépendre du risque d'être en présence d'une forme agressive. « Il existe plusieurs critères permettant d'évaluer ce risque. L'âge est prépondérant. Il représente un facteur important, indépendant de tous les autres : plus on est âgé au moment du diagnostic (plus de 55 ans), plus le cancer est dangereux. Une situation opposée à ce que l'on observe pour d'autres cancers, et que l'on ne sait pas expliquer », renseigne le Pr Santini.

Désescalade thérapeutique

Si la chirurgie s'impose dès qu'il s'agit d'un cancer, elle sera plus ou moins « radicale ». « Si on es-

time qu'il s'agit d'un cancer à bas risque – et c'est le cas de plus de 50 % des cancers dépistés – on n'élimine que la partie malade de la thyroïde. Cette chirurgie conservatrice – réalisée en ambulatoire – limite le risque de complications, de type paralysie d'une corde vocale ou trouble de la régulation de la calcémie (cette régulation est assurée par quatre petites glandes localisées à la face postérieure de la thyroïde, les parathyroïdes, Ndlr). Par ailleurs, les besoins en hormones thyroïdiennes pour les patients opérés



« Plus on est âgé au moment du diagnostic, plus le cancer est réputé dangereux »

de manière conservatrice sont réduits. La glande restante apporte en effet le complément nécessaire, et le plus souvent, au bout d'un an, on parvient même à arrêter le traitement de substitution. » Une véritable révolution sachant qu'il n'y a pas si longtemps – et cela reste le cas dans certains services en France, on enlevait systématiquement la totalité de la thyroïde. « On n'avait pas compris qu'il s'agit d'un cancer où l'on peut adapter la stratégie en prenant en compte une évaluation précise et fiable des risques d'évolution. » Or, s'agissant des cancers à bas risque, le taux de guérison après une seule chirurgie dite conservatrice – traitement de référence de

ce type de cancers – est de 97 à 100 %.

Pas de dépistage systématique

S'agissant des cancers à risque intermédiaire ou à haut risque, c'est toujours l'ablation complète de la thyroïde qui est préconisée, associée à un traitement adjuvant par de l'iode radioactif. Mais, « grâce aux progrès du dépistage, il est devenu rare de découvrir des cancers très évolués : ils ne représentent "plus" que 5 à 10 % des cancers diagnostiqués. »

Forts de ces informations, faut-il se précipiter chez son médecin traitant pour obtenir une ordonnance d'échographie de la thyroïde ? « Non, tempère le Pr Santini. Généralement, les nodules sont mis en évidence lors de la palpation par le médecin traitant, ou parce que les patients présentent une gêne au niveau du cou. Ou encore, parce que d'autres cas de tumeurs de la thyroïde ont été diagnostiqués chez des membres de la famille. »

Même si les progrès de la radiologie ont permis d'affiner le diagnostic, le risque de surtraitement est bien réel et la chirurgie n'est formellement recommandée que lorsque le risque de cancer est bien documenté.

NANCY CATTAN
ncattan@nicematin.fr

1. L'établissement a été classé première clinique privée en France pour le cancer de la thyroïde. (Classement Le point 2021)



Plusieurs hypothèses

Le cancer de la thyroïde c'est environ 11 000 cas chaque année, majoritairement des femmes. C'est le cancer qui a progressé le plus depuis 1990 chez les hommes, et le 2^e en termes de progression concernant les femmes, juste derrière le cancer du poumon. « Plusieurs hypothèses sont émises pour expliquer cette incidence croissante : l'amélioration du dépistage, le fait que l'on vive plus longtemps, mais aussi le rôle de facteurs environnementaux, en particulier les radiations ionisantes (nuage de Tchernobyl), mais aussi les traitements de radiothérapie », résume le Pr Santini.

Les infirmiers anesthésistes en grève

Une grande partie des quelque 11 000 infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) de France a lancé un mouvement de grève du 2 au 18 novembre avec une opération « bloc mort » à travers toute la France. Ainsi, certaines opérations non urgentes ont été déprogrammées. L'objet de leur colère, Armelle Rolando, IADE au CHU de Nice, le résume : « Au printemps dernier, le décret qui devait nous octroyer le statut d'auxiliaire médical de pratique avancée (AMPA) a été retiré au dernier moment. Or pour nous c'est inadmissible parce que cela devait entériner une pratique qui a cours dans les faits depuis des années. En effet, nous travaillons au bloc

aux côtés des médecins anesthésistes. Concrètement, ce sont eux qui établissent le protocole et ce sont les IADE qui le mettent en œuvre, qui s'occupent du patient. Nous pouvons aussi prendre des initiatives, par exemple s'il faut en urgence, délivrer des doses supplémentaires. Et tout se déroule très bien de la sorte. Donc il nous apparaît légitime de bénéficier de ce statut d'AMPA. » Car pour mémoire, pour prétendre au titre d'IADE, un infirmier doit suivre deux années de formation supplémentaire de niveau master, avec entrée dans le cursus sur concours et après deux années d'exercice. « Si on n'obtient pas ce statut d'AMPA, on risque d'autoriser d'au-

tres professionnels moins bien formés à remplir nos missions, au détriment de la sécurité des patients. Au final, ce sont les patients qui vont payer et c'est inacceptable. »

Les infirmiers anesthésistes ont reçu le soutien de nombreux soignants, à commencer par des médecins anesthésistes. Désormais, ils veulent se faire entendre, notamment par leur ministre de tutelle Olivier Véran dont les propos ont récemment semé le doute dans la profession.

À Nice, un mouvement est prévu le 17 novembre sur le parvis de l'hôpital Pasteur 2.

AX. T.



(Photo d'archives E.O.)

Actu