



**Cancers thyroïdiens observés au laboratoire d'Anatomie Pathologique du Sampan'Asa**

**Loterana momba ny Fahasalamana**

**Andrianjafitrimo HT, Ranaivomanana VF, Ranaivoson HVR, Ramiandrasoa LA,  
Andriamampionona TF**

**Introduction**

Les cancers thyroïdiens sont des tumeurs malignes développées aux dépens des tissus de la glande thyroïde. Ils présentent des aspects cliniques et évolutifs variés selon leur origine histologique (1). A l'échelle mondiale, avec 140000 cas diagnostiqués chaque année, le cancer de la thyroïde représente 1% de l'ensemble des cancers et est le plus fréquent des cancers du système endocrinien, soit 95 % (2). Son incidence a augmenté de manière spectaculaire au cours des trois dernières décennies avec une proportion croissante des formes papillaires avec micro cancers (3). Dans une étude africaine, au Maroc, l'incidence a été de 10,4 par 100000 habitants en 2018 (4). Cette proportion a été de 0,66% à Madagascar en 2005 (5). L'objectif a été de décrire les aspects histologiques et épidémiologiques des cancers thyroïdiens.

**Méthodes**

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, descriptive et analytique réalisée au laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du Sampan'Asa Loterana momban'ny Fahasalamana s'étalant sur une période de 5ans, allant de Janvier 2017 à Décembre 2021. Tous les cancers thyroïdiens diagnostiqués et confirmés histologiquement ont été inclus. Les paramètres étudiés ont été épidémiocliniques et anatomopathologiques.

**Résultats**

Durant la période d'étude, 47 cas de cancers thyroïdiens ont été colligés avec une fréquence annuelle moyenne de 9,4 cas. L'âge moyen des patients a été de 48,1ans+/-13,8ansavecdesextrêmesde 23 et 89 ans et un pic de fréquence entre 50 et 60 ans. Une prédominance féminine a été observée avec un sex ratio de 0,27. Dans la majorité des cas, le nodule et le goitre ont été les circonstances de découverte dans 27,7 % chacun. La cytoponction a été réalisée chez 8 patients (17 %), ayant effectué une échographie cervicale pour un nodule thyroïdien ou goitre nodulaire. Un score de Bethesda V (suspect de malignité)

a été observé chez 7 patients (14,8 %). Pour le type de prélèvement, la thyroïdectomie totale a été observéedans70,2 % des cas. La couleur blanchâtre de la tumeur a été observée chez 30 patients (78,95%). La tumeur a été de consistance ferme dans 85,10% des cas (n=40). La taille supérieure à 4 centimètres a été observée dans 61, 7% des cas. La tumeur a été multifocaledans40, 4% des cas soit n=19. Concernant le type histologique, le carcinome papillaire a été observé dans 80,9%des cas (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des patients selon le type histologique

Type histologique	Effectif (n=47)	Pourcentage (100 %)
Carcinome papillaire	38	80,9
Carcinoma vésiculaire	3	6,3
Carcinome médullaire	1	2,1
Carcinoma anaplasique	2	4,3
Carcinome peu différencié	2	4,3
Lymphome non Hodgkinien	1	2,1

et parmi les 38 cas de carcinomes papillaires, le variant classique a été observé dans 94,7 % des cas. Les atypies nucléaires de types papillaires ont été observées dans 34 cas (Figure 1).

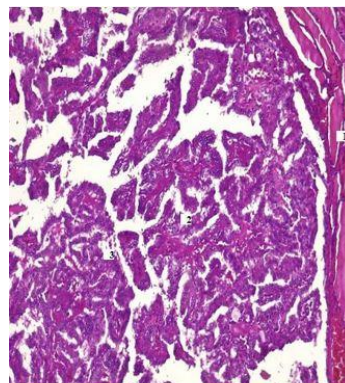


Figure 1 : Thyroïde (pièce opératoire) : Carcinome papillaire  
 Coloration : Hématéine éosine  
 Grossissement : x 100  
 Source : Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du SALFA Andohalo.  
 Légendes : 1 : Parenchyme thyroïdien normal  
 2 : Axe des papilles  
 3 : Cellules tumorales avec atypies papillaires

## Discussion

Les cancers thyroïdiens représentent la néoplasie endocrinienne la plus fréquente, avec une incidence en augmentation constante au cours des dernières décennies. Cette hausse est largement attribuée à l'amélioration des techniques diagnostiques, notamment l'échographie cervicale et la cytoponction à l'aiguille fine, conduisant à une détection accrue de microcarcinomes papillaires souvent de bon pronostic (6). Dans la présente étude, 47 cas de cancer de la thyroïde ont été colligés, ce qui a représenté 5,64 % de toutes les pathologies thyroïdiennes durant la période d'étude. La fréquence annuelle moyenne a été de 9,4 cas. Ce taux est faible par rapport à une étude multicentrique réalisée par Rakotoarisoa et al, à Madagascar en 2010 sur une période de 13 mois avec 22,34 % des pathologies thyroïdiennes (5).

Le cancer de la thyroïde est parmi les tumeurs malignes où l'âge est un indicateur pronostique important (7). L'âge du patient au moment du diagnostic est un facteur de mauvais pronostic pour la survie au cancer différencié de la thyroïde (8). Dans la présente étude, l'âge moyen a été de 48,1 ans +/- 13,8 ans avec des extrêmes de 23 ans et de 89 ans et un pic de fréquence dans la tranche d'âge entre 50 à

60 ans (cf figure 9). L'âge moyen dans la littérature est moins élevé par rapport à cette étude, comme celui observé par Rakotoarisoa et al (5) avec 43,9 ans, Schlumberger Metal (9) en France avec 45 ans, Grubbsetal (10) aux Etats-Unis avec 47 ans et Thamirak K (11) à Thaïlande avec 45 ans. L'écart entre l'âge moyen de diagnostic pourrait s'expliquer par le retard de diagnostic des cancers thyroïdiens où un patient de cette étude a été diagnostiqué à l'âge de 89 ans. Le cancer de la thyroïde intéresse surtout les femmes avec une incidence qui augmente chaque année. L'échographie cervicale permet à la fois d'orienter le diagnostic et de guider le type d'intervention à effectuer sur la glande thyroïde (12). De nombreuses études ont été portées sur les caractéristiques échographiques des nodules thyroïdiens en tant qu'indicateurs de malignité des nodules et des systèmes ont été mis au point par divers auteurs et institutions pour stratifier le risque de malignité des nodules (13). La présente étude a montré un score de Bethesda V (suspect de malignité) dans 14,9 % des cas. Pandey et al, sur 240 cas examinés en cytologie

sur lesquels une corrélation histopathologique a été possible dans 110 cas, 59 patients ont eu un score de Bethesda IV (suspect de néoplasme folliculaire), 5 patients ont eu un score de Bethesda V (suspect de malignité) et 11 patients un score de Bethesda VI (malin) (14). Macroscopiquement, la taille de la tumeur est un facteur pronostique important (15). Du point de vue histologique, le carcinome papillaire constitue la forme histologique prédominante, ce qui est conforme aux données internationales

rapportant une proportion supérieure à 80 % des cas (16). Cette prédominance s'explique par son origine folliculaire et sa forte association aux facteurs environnementaux, en particulier l'exposition aux radiations ionisantes, identifiée comme le principal facteur de risque établi (17).

## Conclusion

---

Les cancers thyroïdiens constituent les tumeurs endocriniennes les plus fréquentes et se caractérisent par une incidence croissante, principalement liée à l'amélioration des moyens diagnostiques. La majorité des cas correspond à des formes différenciées, notamment le carcinome papillaire, associées à un excellent pronostic lorsqu'elles sont diagnostiquées précocement et prises en charge selon les recommandations actuelles. Néanmoins, certaines formes agressives, bien que rares, demeurent responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevées. Les avancées en imagerie, en anatomopathologie et en biologie moléculaire ont permis une meilleure stratification du risque et une individualisation de la prise en charge thérapeutique, contribuant à l'optimisation des résultats cliniques tout en limitant le surtraitement.

## Références

---

1. Touati M, Aljalil A, Darouassi Y, Chihani M, Lahkim M, Fihri JAF, et al. Les carcinomes de la thyroïde : profils épidémiologique, clinique et thérapeutique, à propos de 102 cas. *Pan Afr Med J*. 26 mai 2015.
2. Leenhardt L, Grosclaude P. Epidemiology of thyroid carcinoma over the world. *Ann Endocrinol*. Avr2011.
3. Bloch J. Cancers de la thyroïde: surdiagnostic? *Médecine*. 2007 ;3(8) :354-8.
4. Ilham M. Les cancers thyroïdiens: expérience de l'Hôpital Militaire Avicenne. [Thèse]. ORL : Maroc ; 2019.194p.
5. Rakotoarisoa AHN, Ralamboson SA, Rakotoarivelo RA, Raharisolo CV, Rakouth A, Ramiandrasoa AL et al. Les cancers de la thyroïde à Madagascar. *Bull Soc Pathol Exot*. 2010; 103 (4) : 233-7.
6. Vaccarella S et al. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. *N Engl J Med*. 2016;375(7):614-7.

7. Haymart M. Understanding the relationship between age and thyroid cancer. *Oncologist*. Mars 2009 ;14(3) :216-21.
8. Kazaure HS, Roman SA, Sosa JA. The impact of age on thyroid cancer staging. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. oct 2018;25(5):330-4.
9. Schlumberger M. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *Ann Endocrinol*. Juin 2007.
10. Grubbs E, Ta R, Li G, Sturgis Em, Younes Mn, Myers Jn et al. Recent advances in thyroid cancer. *Current problems in surgery*. Mars 2008; 45(3).
11. Thamnirat K, Utamakul C, Chamroonrat W, Kositwattanarek A, Anongpornjossakul Y, Sritara C. Factors affecting disease-free status of differentiated thyroid carcinoma patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention (APJCP)*. 2015.
12. Dean DS, Gharib H. Epidemiology of thyroid nodules. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. déc 2008;22(6):901-11.
13. Floridi C, Cellina M, Buccimazza G, Arrichiello A, Sacrini A, Arrigoni F, et al. Ultrasound imaging classifications of thyroid nodules for malignancy risk stratification and clinical management: state of the art. *Gland Surg*. Sept 2019; 8(Suppl3):S233-44.
14. Pandey P, Dixit A, Sawhney A, Ralli M, Chaturvedi V, Agarwal S et al. A comparative study between conventional and the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytology of 240 cases. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. déc 2022.
15. Al-Qurayshi Z, Foggia MJ, Pagedar N, Lee GS, Tufano R, Kandil E. Thyroid cancer histological subtypes based on tumor size : National perspective. *Head Neck*. Sept 2020 ;42(9) :2257-66.
16. Lloyd RV et al. WHO classification of tumours of endocrine organs. 4th ed. Lyon: IARC; 2017.
17. Ron E et al. Thyroid cancer after exposure to external radiation. *Radiat Res*. 1995;141(3):259-77.