

Manuel d'enregistrement des Tumeurs

Fiche Descriptive Cancer de la thyroïde C73.9

Version 2.1 du 10 février 2022

Registre National du Cancer Luxembourg
1a-b, rue Thomas EDISON
L-1445 STRASSEN – Luxembourg

1. Tableau de mise à jour

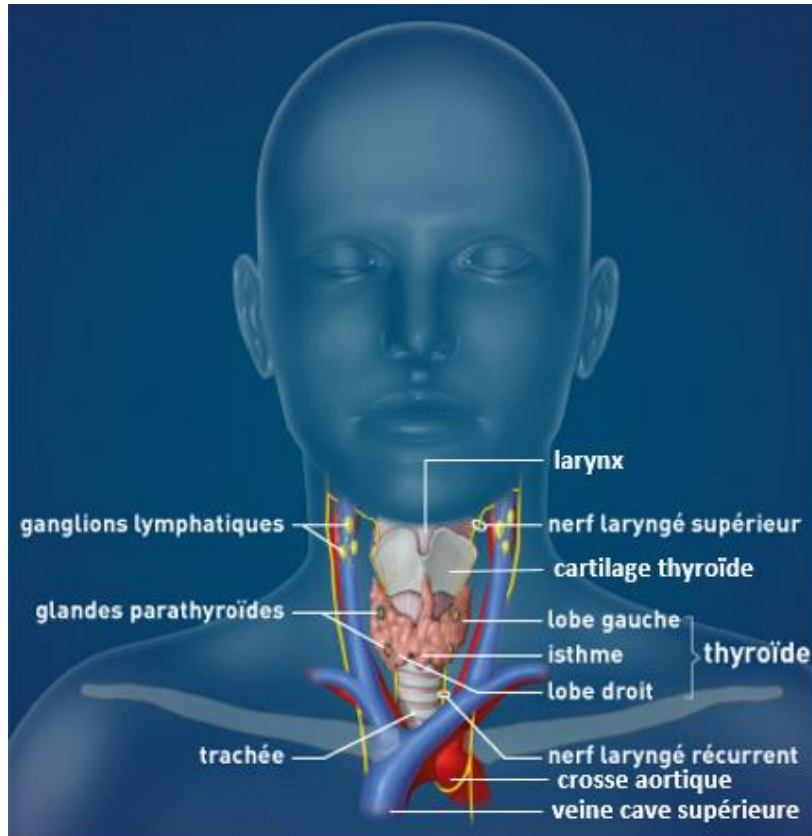
Version	Date de validation	Objet de la modification
V2.1	10/02/2022	Intégration du paragraphe sur la 2^{ème} révision de la CIM-O-3. Révision du chapitre sur les critères d'inclusion (cf. atelier DMC du 17/12/2020). Intégration du chapitre « Classification EU-TIRADS – Echographie thyroïdienne » (cf. atelier DMC du 27/01/2022) Déplacement du chapitre « Classification de Bethesda – Cytologie thyroïdienne » (ancienne annexe 1) Annexe 2: <i>Illustration du TNM (AJCC Cancer Staging Manual, Eight Edition</i>. Edited by M.B- Amin et al. © 2017 American Joint Committee on Cancer.)

2. Sommaire

1. Tableau de mise à jour	2
2. Sommaire	3
3. Rappel anatomique	4
4. Histologie.....	5
5. Latéralité	6
6. Topographie	6
7. Morphologie.....	6
Codage des tumeurs thyroïdiennes.....	7
2 ^{ème} révision de la CIM-O-3.....	9
8. Critères d'inclusion.....	10
9. Tumeurs multiples.....	10
10. Classification EU-TIRADS pour les échographies thyroïdiennes	11
11. Classification de Bethesda pour les cytologies thyroïdiennes	13
12. Classification TNM 7.....	14
13. Classification TNM 8.....	14
14. Marqueurs tumoraux sériques	15
15. Radiothérapie.....	15
16. Références	16
17. Annexe 1 : Classification OMS 2017 des tumeurs de la thyroïde	17
18. Annexe 2: Illustration TNM 8	18

3. Rappel anatomique

Anatomie régionale



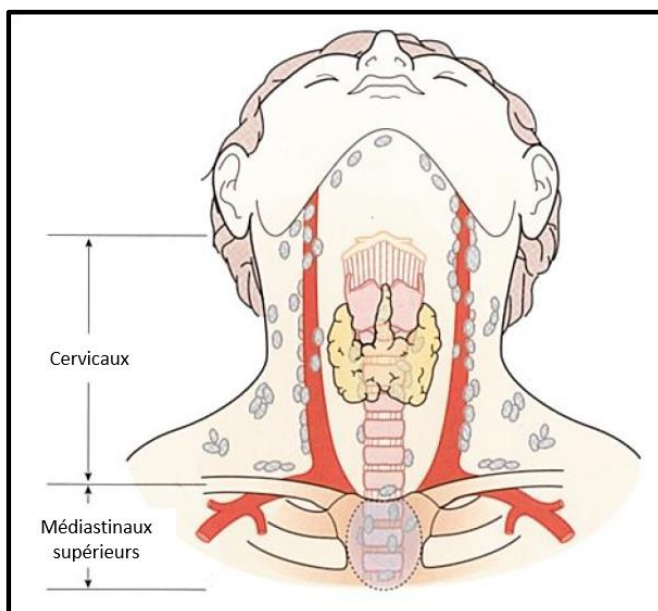
La glande thyroïde est située à la face antérieure de la trachée.

Il s'agit d'une glande endocrine et symétrique constituée de 2 lobes (droit et gauche), chacun de 10 g, réunis par l'isthme.

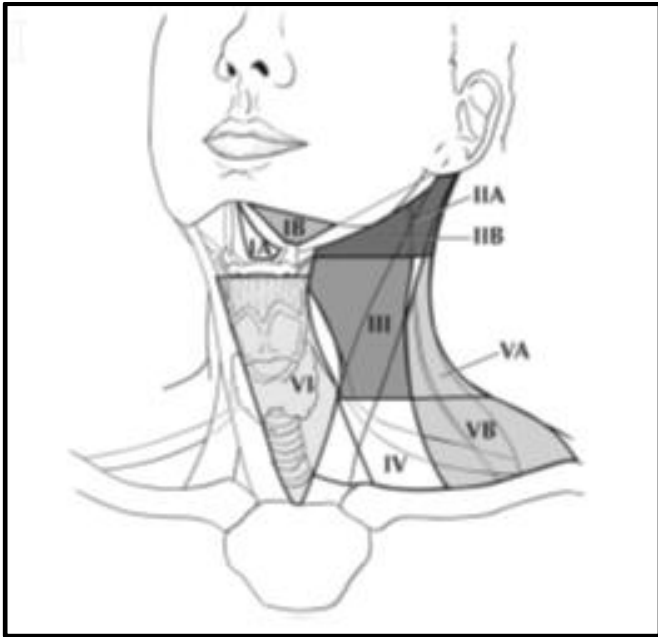
Rapports anatomiques :

- parathyroïdes
- nerf récurrent

Ganglions lymphatiques régionaux



Les ganglions lymphatiques régionaux de la glande thyroïde sont les ganglions cervicaux et les ganglions médiastinaux supérieurs.



Niveaux ganglionnaires du cou selon la classification de Robbins :

Ia : ganglions sous mentonniers

IB : ganglions sous mandibulaires

IIA et IIB : ganglions jugulaires supérieurs

III : ganglions jugulaires moyens

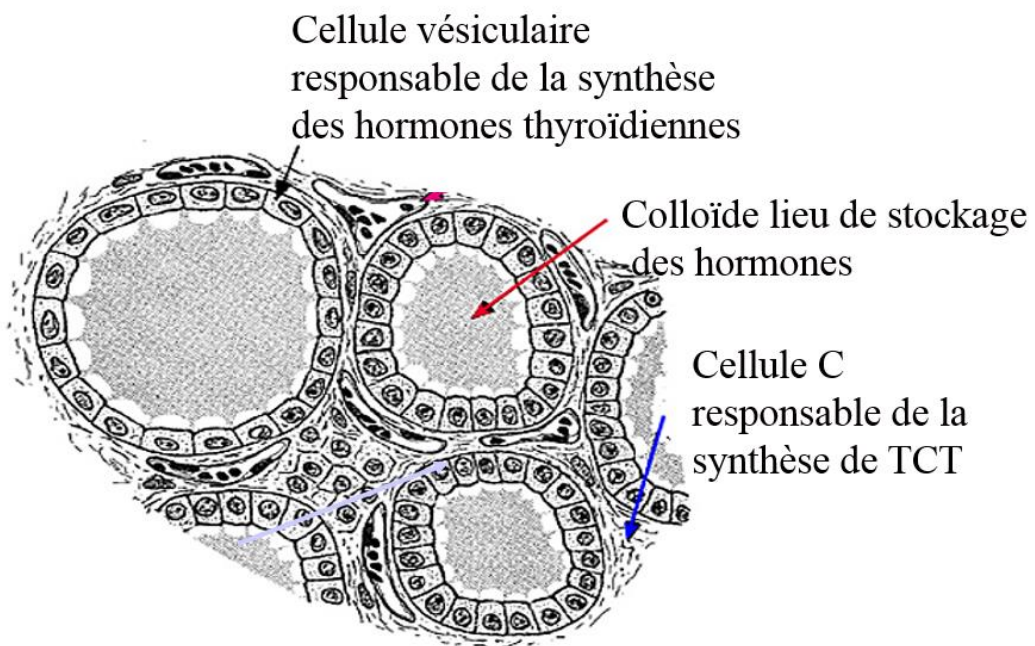
IV : ganglions jugulaires inférieurs

VA : ganglions cervicaux superficiels

VB : ganglions sus-claviculaires

VI : ganglions prétrachéaux

4. Histologie



5. Latéralité

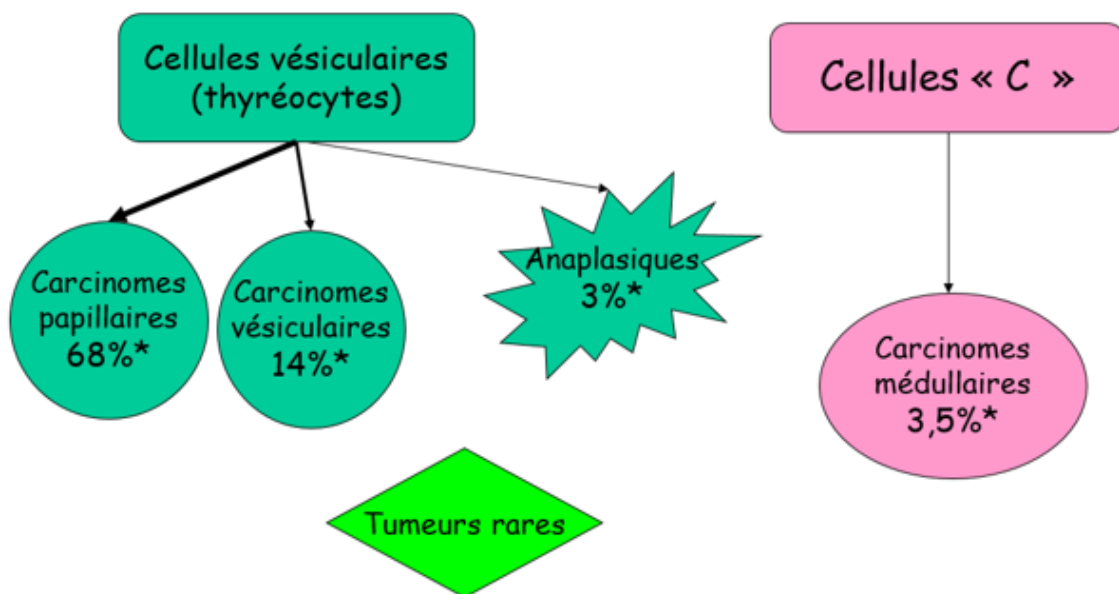
La thyroïde n'est pas un organe pair → la latéralité est non-applicable (NA).

Ne pas interpréter comme une latéralité les expressions « lobe gauche » ou « lobe droit ».

6. Topographie

Un seul code topographique → C73.9.

7. Morphologie



*Colonna, European Journal of Cancer, 2002

Codage des tumeurs thyroïdiennes

| Il n'y a pas de tumeur in situ /2 pour les carcinomes de la thyroïde.

Carcinomes papillaires

Adénocarcinome papillaire, SAI → Coder **M-8260/3**.

Il existe des codes morphologiques prenant en compte :

Le type de cellules :

- **M-8344/3** Carcinome papillaire à cellules cylindriques
- **M-8340/3** Carcinome papillaire, variante vésiculaire
- **M-8350/3** Carcinome papillaire sclérosant diffus
- **M-8342/3** Carcinome papillaire à cellules oxyphiles

La taille de la tumeur :

- **M-8341/3** Microcarcinome papillaire (si taille de la tumeur ≤ 10 mm)

La présence de capsule :

- **M-8343/3** Carcinome papillaire encapsulé

Pour coder la morphologie d'un cancer papillaire → prendre en compte par ordre de priorité :

Type de cellules > taille > notion de capsule

Par défaut → **M-8260/3**

Exemple :

Carcinome papillaire à cellules oxyphiles encapsulé :

→ Enregistrer le code M-8342/3 (type de cellules) et non M-8343/3 même si M-8343/3 est plus élevé.

Carcinomes vésiculaires

Adénocarcinome vésiculaire, SAI → Coder **M-8330/3**.

Synonyme de vésiculaire = folliculaire

Il existe des codes morphologiques prenant en compte :

Le type de cellules :

- **M-8290/3** Adénocarcinome (vésiculaire) oxyphile = carcinome à cellules de Hürthle

Le niveau d'agressivité :

- **M-8331/3** Adénocarcinome vésiculaire bien différencié

- **M-8332/3** Adénocarcinome vésiculaire moyennement différencié ou trabéculaire
- **M-8335/3** Adénocarcinome vésiculaire à invasion minime (microinvasif)

Pour coder la morphologie d'un cancer vésiculaire → prendre en compte par ordre de priorité :

Type de cellules > niveau d'agressivité

Par défaut → **M-8330/3**

Carcinome anaplasique

- **M-8021/3** Carcinome anaplasique

Carcinomes médullaires

- **M-8345/3** Carcinome médullaire à stroma amyloïde - Code morphologique spécifique pour les carcinomes médullaires de la thyroïde qui se développent à partir des cellules « C ».

Ne pas utiliser le code M-8510/3 Carcinome médullaire SAI pour les cancers médullaires de la thyroïde.

Les carcinomes médullaires de la thyroïde sont des néoplasies neuroendocrines.

Codes mixtes

- **M-8340/3** Carcinome papillaire et vésiculaire
- **M-8346/3** Carcinome mixte médullaire et vésiculaire
- **M-8347/3** Carcinome mixte médullaire et papillaire

Autres carcinomes

- **M-8337/3** Carcinome insulaire qu'il soit associé à une forme papillaire ou vésiculaire
- **M-8020/3** Carcinome indifférencié

2^{ème} révision de la CIM-O-3

Source: IACR - final update 09/10/2020

http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=100&Itemid=577

Codes	Libellés	Anciens codes / Remarques
Changement de code de comportement		
8336/1	Tumeur trabéculaire hyalinisante (73.9) Adénome trabéculaire hyalinisant (73.9)	<i>Preferred</i> 8336/0
9080/1	Tératome immature de la thyroïde (73.9)	9080/3
Nouveaux codes et libellés		
8335/1	Tumeur vésiculaire à potentiel de malignité incertain (73.9) Carcinome vésiculaire, encapsulé, SAI (73.9)	<i>Preferred</i> 8335/3
8339/3	Carcinome vésiculaire, encapsulé, angio-invasif (73.9)	
8341/1	Tumeur bien différenciée à potentiel de malignité incertain (73.9)	
8349/1	Tumeur thyroïdienne vésiculaire non invasive avec noyaux de type papillaire (<i>Non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP)</i>) (73.9)	
Autres modifications		
8330/3	Carcinome vésiculaire, SAI (73.9) Adénocarcinome vésiculaire, SAI (73.9)	<i>Preferred</i> <i>Synonym</i>
8337/3	Carcinome thyroïdien peu différencié (73.9) Carcinome insulaire (73.9)	<i>New term</i> <i>synonym</i>
8340/3	Adénocarcinome papillaire et vésiculaire (73.9) Carcinome papillaire et vésiculaire (73.9)	<i>Related</i> <i>Related</i>
8342/3	Carcinome papillaire, variante oncocytaire (73.9) Carcinome papillaire, à cellules oxyphiles (73.9)	<i>New term</i> <i>synonym</i>
8345/3	Carcinome médullaire thyroïdien (73.9) Carcinome médullaire à stroma amyloïde (73.9)	<i>New term</i> <i>related</i>
8589/3	Carcinome thymique intrathyroïdien (73.9)	<i>New term</i>

8. Critères d'inclusion

Pour tenir compte des changements de comportement des tumeurs de la thyroïde et de la création de plusieurs codes en /1 au moment de la 2^{ème} révision de la CIM-O-3, les critères d'inclusion pour les cancers de la thyroïde ont été élargis aux tumeurs /1 :

Toutes les tumeurs /1 de la thyroïde sont à enregistrer à partir du 1^{er} janvier 2020 (Date d'incidence)

- Nodule froid puis confirmation histologique de cancer avec délai ≤ 3 mois → enregistrer le cas avec date d'incidence = date de confirmation histologique.
- Nodule froid puis confirmation histologique de cancer avec délai > 3 mois → enregistrer le cas avec date d'incidence = date de découverte du nodule froid.

9. Tumeurs multiples

Le tableau des groupes de Berg ne s'applique pas pour les cancers de la thyroïde.

- Une seule lésion avec plusieurs composantes de morphologies différentes :
 - Ne jamais prendre le code morphologique le plus élevé.
 - Si un code mixte existe → l'utiliser
 - S'il n'y a pas de code mixte → Enregistrer chaque composante histologique différente comme une tumeur différente.
- Plusieurs lésions de morphologies différentes :
 - Ne jamais prendre le code morphologique le plus élevé.
 - Si un code mixte existe → l'utiliser (tumeur multifocale)
 - S'il n'y a pas de code mixte → Enregistrer chaque lésion d'histologie différente comme une tumeur différente.

Exemples :

- *Lésion avec une composante médullaire et une composante anaplasique*
→ *Enregistrer un cancer médullaire et un cancer anaplasique séparément.*
- *Lésion médullaire et lésion anaplasique*
→ *Enregistrer un cancer médullaire et un cancer anaplasique séparément.*
- *Lésion médullaire et lésion vésiculaire*
→ *Enregistrer 1 cancer multifocal avec le code morphologique mixte (Carcinome mixte médullaire et vésiculaire M-8346/3).*

10. Classification EU-TIRADS pour les échographies thyroïdiennes

La classification **EU-TIRADS** (*European Thyroid Imaging and Reporting Data System*), publiée par Russ en 2017, est la classification de référence pour établir les compte-rendu standardisés des échographies pour nodule thyroïdien. Elle permet de déterminer le risque de malignité et y associe des recommandations pour la conduite à tenir, en particulier en termes de cytoponction d'un nodule thyroïdien.

Le système Européen: EU-TIRADS			
Russ et al. ETJ 2017			
RECOMMANDATION EU-TIRADS	SCORE TIRADS	SIGNIFICATION	RISQUE DE MALIGNITE VERSUS HISTOLOGIE en %
	1	EXAMEN NORMAL	
R2	2	BENIN	≈ 0
R3	3	FAIBLE RISQUE	2% - 4%
R4	4	RISQUE INTERMÉDIAIRE	6% - 17%
R5	5	RISQUE ELEVÉ	26% - 87%

Pour une échographie de nodules thyroïdiens, lorsque les **scores obtenus vont de R3 à R5, il y a une suspicion de cancer**. La date de l'échographie peut alors être considérée comme la date d'incidence, par exemple si la confirmation du diagnostic par cytologie ou biopsie est réalisée plus de 3 mois après la date de l'échographie (même démarche que pour la classification Bi-RADS pour les cancers du sein (cf. atelier du 25/03/2021)).

Si une surveillance active est mise en place après une écho thyroïdienne R4 pendant 8 mois puis une chirurgie de la thyroïde est réalisée

- DI = date de l'échographie thyroïdienne R4 ;
- Traitement initial : surveillance active (au moins 6 mois après la DI) ;
- La base de diagnostic est égale à 7 (indépendante de la DI)
- Le code morphologie est établi à partir des résultats de la chirurgie thyroïdienne s'il n'y a pas eu de résultat histologique pendant la surveillance. Après une surveillance active, si une chirurgie de la tumeur primitive est réalisée hors délai du traitement initial, il ne faut pas faire de révision du diagnostic pour préciser le code morphologique et changer la base de diagnostic.

En fonction du score de la classification EU-TIRADS et de la taille du nodule, les indications de la cytoponction du nodule thyroïdien sont présentées dans le tableau suivant :

INDICATIONS DE CYTOPONCTION			
La taille du nodule guide l'indication de la cytoponction			
≤ 10mm	> 10mm	> 15mm	> 20mm
• Recherche de primitif: • d'une métastase distante • <u>d'un ganglion suspect*</u> • Score 5 si: • <u>Augmentation de taille</u> • Juxta – capsulaire (≤2mm) • Polaire supérieur ? • Multifocalité suspectée ? • Age < 40 ans ?	EU-TIRADS 5	EU-TIRADS 4, 5	• EU-TIRADS 3 à 5 • Kyste simple si compressif
* LA PONCTION DU GANGLION AVEC DOSAGE DE TG IN SITU DOIT ETRE SYSTEMATIQUE			

Références :

<http://www.ti-rads.com/>

Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, Durante C, Ngu R, Leenhardt L. **European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS.** Eur Thyroid J. 2017 Sep;6(5):225-237. doi: 10.1159/000478927. Epub 2017 Aug 8. PMID: 29167761; PMCID: PMC5652895. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29167761/>

11. Classification de Bethesda pour les cytologies thyroïdiennes

La classification de Bethesda a pour objectif d'estimer le risque de malignité des résultats d'une cytologie réalisée par cytoponction d'un nodule thyroïdien.

Groupes cytologiques		Risque de malignité
I-	Non satisfaisant pour le diagnostic	Non déterminé
II-	Bénin (thyroïdite, nodule dystrophique)	<3 %
III-	Lésion vésiculaire de signification indéterminée	5 – 15 %
IV-	Tumeur vésiculaire / tumeur oncocytaire (à cellules de Hürthle)	15 – 30 %
V-	Lésion suspecte de malignité (suspecte de carcinome papillaire, carcinome médullaire, carcinome indifférencié, lymphome, métastase ou autre)	60 – 75 %
VI-	Malin (carcinome papillaire, carcinome médullaire, carcinome indifférencié, lymphome, métastase ou autre)	97 – 99 %

Référence: Baloch ZW, Alexander EK, Gharib H, Raab SS. **Overview of diagnostic terminology and reporting.** In: Springer Science, Ed. *The bethesda system for reporting thyroid cytopathology*. New-York: 2009.

12. Classification TNM 7

La classification TNM pour la glande thyroïde ne s'applique qu'aux carcinomes.

13. Classification TNM 8

Les principaux changements dans la classification TNM 8 par rapport à la classification TNM 7 sont les suivants :

- Les cancers anaplasiques ne sont plus nécessairement classés en T4. Par contre ils sont toujours considérés comme Stade IV.
- Codage du T : la catégorie T3 est maintenant sous-divisée en 2 sous-catégories : T3a et T3b.

TNM 7	TNM 8
Tx	Tx
T0	T0
T1	T1
T1a	T1a
T1b	T1b
T2	T2
T3	T3a
	T3b
T4a	T4a
T4b	T4b

- Codage du Stade : Les groupements par stades sont différents pour les cancers papillaires et folliculaires chez les patients de moins de 55 ans (moins de 45 ans en TNM 7), les cancers papillaires et folliculaires chez les patients de 55 ans et plus (45 ans et plus en TNM 7), les cancers médullaires et les cancers anaplasiques ;
 - Cancers papillaires et folliculaires chez les patients de 55 ans et plus : le stade IVC n'existe plus

TNM 7	TNM 8
Stade I	Stade I
Stade II	Stade II
Stade III	Stade III
Stade IVA	Stade IVA
Stade IVB	Stade IVB
Stade IVC	

- Cancers anaplasiques : toutes les catégories T sont maintenant prises en compte puisque les cancers anaplasiques ne sont plus nécessairement classés en T4.

14. Marqueurs tumoraux sériques

Le marqueur tumoral sérique à renseigner dans le cadre d'un cancer de la thyroïde est l'ACE (mg/ml).

15. Radiothérapie

Champ traité : le 1^{er} relais ganglionnaire correspond aux ganglions de niveau III (jugulaires moyens), IV (jugulaires inférieurs), V (cervicaux superficiels et sus-claviculaires) et VI (prétrachéaux).

Champ traité : le 2^{ème} relais ganglionnaire correspond aux ganglions cervicaux inférieurs, ganglions sus-claviculaires, ganglions de la fourchette sternale, ganglions para-trachéaux, ganglions pré-vasculaires (ou pré-trachéaux, 3a), ganglions retro-trachéaux (3p), ganglions para-trachéaux inférieurs, ganglions sous-aortiques, ganglions para-aortiques et ganglions sous-carénaires.

Remarque :

La radiothérapie à l'Iode est à enregistrer en tant que radiothérapie réalisée dans un service de médecine nucléaire.

16. Références

AJCC Cancer Staging Manual, Eight Edition. Edited by M.B- Amin et al. © 2017 American Joint Committee on Cancer

Baloch ZW, Alexander EK, Gharib H, Raab SS. Overview of diagnostic terminology and reporting. In: Springer Science, Ed. **The bethesda system for reporting thyroid cytopathology.** New-York: 2009.

Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C (Eds.), International Union Against Cancer (UICC) **TNM Classification of Malignant Tumours. 8th ed.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2017. Trad. Fr. TNM Classification des Tumeurs Malignes, 8^{ème} ed. Paris: Cassini, 2017

EU-TIRADS <http://www.ti-rads.com/>

IARC/WHO - 2^{ème} **révision de la CIM-O-3.** Final update 11/05/2020. Site IACR: http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=100&Itemid=577

Lloyd RV, Osamura RY, Klöppel G, Rosai J (Eds.): **WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs.** Fourth Edition. IARC Press: Lyon 2017

Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, Durante C, Ngu R, Leenhardt L. **European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults:** The EU-TIRADS. Eur Thyroid J. 2017 Sep;6(5):225-237. doi: 10.1159/000478927. Epub 2017 Aug 8. PMID: 29167761; PMCID: PMC5652895. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29167761/>

Sobin L, Gospodarowicz M, Wittekind C (Eds.), International Union Against Cancer (UICC) **TNM Classification of Malignant Tumours. 7th Ed.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2009. Trad. Fr. TNM Classification des Tumeurs Malignes, 7^{ème} ed. Paris: Cassini, 2010.

17. Annexe 1 : Classification OMS 2017 des tumeurs de la thyroïde

Follicular adenoma	8330/0	Ectopic thymoma	8580/3
Hyalinizing trabecular tumour	8336/1*	Spindle epithelial tumour with thymus-like differentiation	8588/3
Other encapsulated follicular-patterned thyroid tumours		Intrathyroid thymic carcinoma	8589/3
Follicular tumour of uncertain malignant potential	8335/1*	Paraganglioma and mesenchymal/stromal tumours	
Well-differentiated tumour of uncertain malignant potential	8348/1*	Paraganglioma	8693/3
Non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features	8349/1*	Peripheral nerve sheath tumours (PNSTs)	
Papillary thyroid carcinoma (PTC)		Schwannoma	9560/0
Papillary carcinoma	8260/3	Malignant PNST	9540/3
Follicular variant of PTC	8340/3	Benign vascular tumours	
Encapsulated variant of PTC	8343/3	Haemangioma	9120/0
Papillary microcarcinoma	8341/3	Cavernous haemangioma	9121/0
Columnar cell variant of PTC	8344/3	Lymphangioma	9170/0
Oncocytic variant of PTC	8342/3	Angiosarcoma	9120/3
Follicular thyroid carcinoma (FTC), NOS	8330/3	Smooth muscle tumours	
FTC, minimally invasive	8335/3	Leiomyoma	8890/0
FTC, encapsulated angioinvasive	8339/3*	Leiomyosarcoma	8890/3
FTC, widely invasive	8330/3	Solitary fibrous tumour	8815/1
Hürthle (oncocytic) cell tumours		Haematolymphoid tumours	
Hürthle cell adenoma	8290/0	Langerhans cell histiocytosis	9751/3
Hürthle cell carcinoma	8290/3	Rosai-Dorfman disease	
Poorly differentiated thyroid carcinoma	8337/3	Follicular dendritic cell sarcoma	9758/3
Anaplastic thyroid carcinoma	8020/3	Primary thyroid lymphoma	
Squamous cell carcinoma	8070/3	Germ cell tumours	
Medullary thyroid carcinoma	8345/3	Benign teratoma (grade 0 or 1)	9080/0
Mixed medullary and follicular thyroid carcinoma	8346/3	Immature teratoma (grade 2)	9080/1
Mucoepidermoid carcinoma	8430/3	Malignant teratoma (grade 3)	9080/3
Sclerosing mucoepidermoid carcinoma with eosinophilia	8430/3	Secondary tumours	
Mucinous carcinoma	8480/3		

The morphology codes are from the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) (896A). Behaviour is coded /0 for benign tumours; /1 for unspecified, borderline, or uncertain behaviour; /2 for carcinoma in situ and grade III intraepithelial neoplasia; and /3 for malignant tumours. The classification is modified from the previous WHO classification, taking into account changes in our understanding of these lesions.

*These new codes were approved by the IARC/WHO Committee for ICD-O.

Lloyd RV, Osamura RY, Klöppel G, Rosai J (Eds.): **WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs**. Fourth Edition. IARC Press: Lyon 2017

18. Annexe 2: Illustration TNM 8

Source: *AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition*. Edited by M.B- Amin et al. © 2017 American Joint Committee on Cancer.

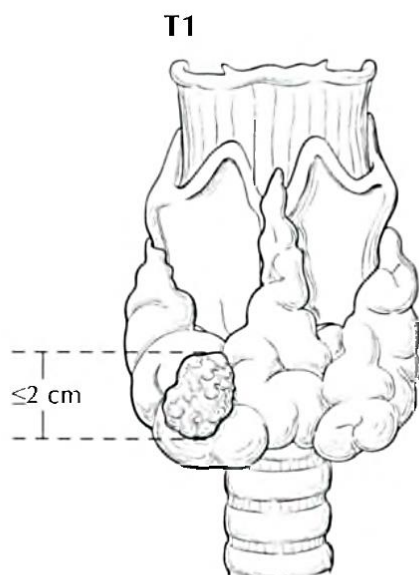


Fig. 73.6 T1 is defined as tumor 2 cm or less in greatest dimension limited to the thyroid. T1a, tumor 1 cm or less, limited to the thyroid. T1b, tumor more than 1 cm but not more than 2 cm in greatest dimension, limited to the thyroid

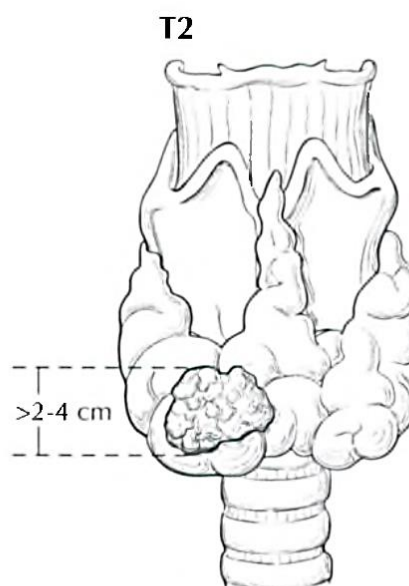


Fig. 73.7 T2 is defined as tumor more than 2 cm but not more than 4 cm in greatest dimension limited to the thyroid

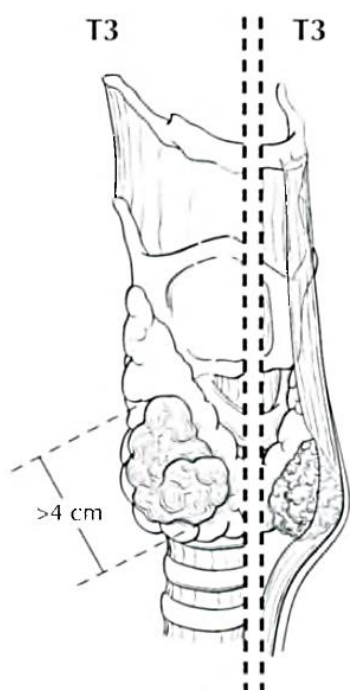


Fig. 73.8 Two views of T3: on the left, tumor more than 4 cm in greatest dimension limited to the thyroid (categorized as T3a); on the right, a tumor of any size with gross extrathyroidal extension invading only strap muscles (sternohyoid, sternothyroid, thyrohyoid or omohyoid muscles) (categorized as T3b)

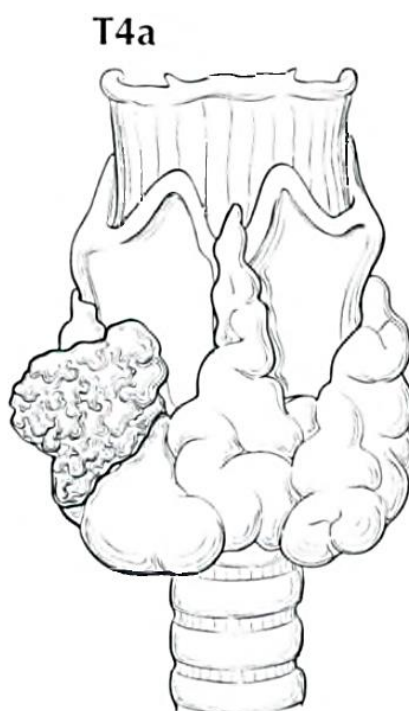


Fig. 73.9 T4a is defined as gross extrathyroidal extension invading subcutaneous soft tissues, larynx, trachea, esophagus, or recurrent laryngeal nerve from a tumor of any size

Fig. 73.10 Cross-sectional diagram of three different parameters of T4a: tumor invading subcutaneous soft tissues; tumor invading trachea; tumor invading esophagus

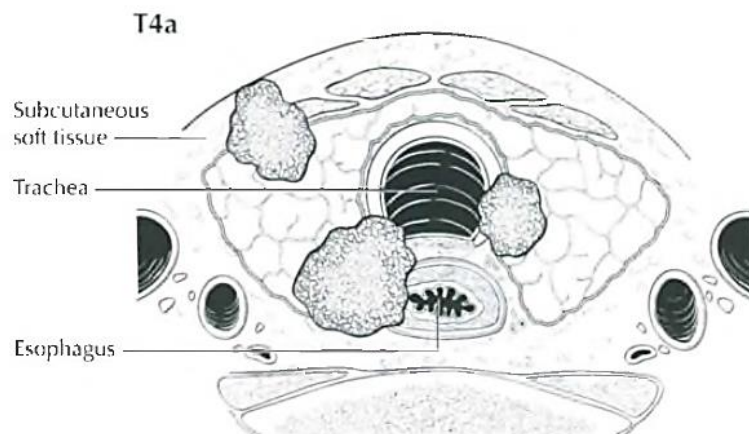


Fig. 73.11 T4b is defined as gross extrathyroidal extension invading prevertebral fascia or encasing the carotid artery or mediastinal vessels from a tumor of any size. Cross-sectional diagram of two different parameters of T4b: tumor encases carotid artery; tumor invades vertebral body

