



Fondation
contre le Cancer

Transformons l'espoir en victoire !

À qui en parler ?

- Vous cherchez de l'aide ou d'autres infos ?
- Vous avez besoin de parler ?
- Vous cherchez des informations sur un type de cancer ou ses possibilités de traitement ?
- Vous voulez savoir comment faire appel à un service de la Fondation contre le Cancer ?

Dans ce cas, appelez Cancerinfo gratuitement et de façon anonyme (du lundi au vendredi, de 9h00 à 18h00).

Des professionnels (médecins, psychologues, infirmiers et assistants sociaux) sont à l'écoute de toute personne confrontée au cancer.

Cancerinfo

Fondation contre le Cancer

☎ 0800 15 801
🌐 www.cancer.be/info



Fondation
contre le Cancer

Chaussée de Louvain 479 • 1030 Bruxelles
T. 02 736 99 99 • info@cancer.be • www.cancer.be
Soutenez-nous : IBAN : BE45 0000 0000 8989 • BIC : BPOTBEB1



Suivez-nous sur
www.facebook.com/fondationcontrelcancer

E.R. : Benoît Koerperich - Fondation contre le Cancer - Chaussée de Louvain 479, B-1030 Bruxelles • Fondation d'utilité publique • P&R 20.05 • CDN Communication 19.4.108

3.126



Fondation
contre le Cancer

Les cancers de la thyroïde



Table des matières

Fréquence	4
Causes et facteurs de risque	4
Symptômes	5
Examens de diagnostic et bilan d'extension	6
Stade	9
Traitements	10
La qualité de vie comme but des traitements	16
Suivi après la fin des traitements	16
Guérison ou rémission ?	17
Encore quelques conseils	18
La Fondation contre le Cancer Transformons l'espoir en victoire !	23

Lisez ceci

L'information disponible dans ce folder ou sur Internet ne remplace jamais un avis médical !
Parlez-en à votre médecin.

Un cancer de la thyroïde est composé d'une masse de cellules anormales (aussi appelée tumeur) qui se multiplie de façon anarchique. Les cellules cancéreuses peuvent envahir d'autres tissus de proche en proche ou s'échapper de la tumeur et coloniser d'autres organes à distance (larynx, trachée, œsophage...) pour y former des tumeurs secondaires appelées métastases.

Ces métastases sont constituées de cellules cancéreuses venant de la thyroïde et elles doivent donc être traitées comme un cancer de la thyroïde.

Besoin de plus d'informations sur le cancer ?
Surfez sur www.cancer.be.

Fréquence

Le cancer de la thyroïde touche environ 1020 personnes par an en Belgique, en majorité des femmes (en 2017 : 751 femmes et 287 hommes). Il s'agit généralement de cancers dits d'origine « folliculaire » (se déclenchant dans les cellules glandulaires). L'autre forme de cancer de la thyroïde (médullaire) est plus rare.

Dans cette brochure, nous traiterons uniquement des cancers d'origine folliculaire de la thyroïde. Ils ont un développement généralement lent, et guérissent dans plus de 90% des cas.

Par facilité, nous simplifierons en parlant toujours de « cancer de la thyroïde » dans la suite de cette brochure.

Causes et facteurs de risque

Les causes précises de ce cancer ne sont pas encore connues. Certains facteurs en augmentent cependant le risque :

- l'exposition de la thyroïde à des rayonnements radioactifs, suite à un traitement de radiothérapie (de la tête, du cou ou du thorax), ou de retombées d'un accident nucléaire (comme autour de la centrale de Tchernobyl) ;
- l'hérédité : elle jouerait un rôle dans moins de 5% des cas de cancer de la thyroïde.

Des détails sur les causes et facteurs de risque sont disponibles sur notre site Internet www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.

Symptômes

Au début de la maladie, le cancer de la thyroïde ne provoque habituellement aucun signe ou symptôme. On peut toutefois avoir l'attention attirée par les symptômes suivants :

- grossissement localisé (boule) au niveau de la thyroïde ;
- enrouement non expliqué (les nerfs des cordes vocales toutes proches sont comprimés par la tumeur) ;
- difficulté à respirer suite au rétrécissement de la trachée ;
- gonflement des ganglions lymphatiques du cou.

Le cancer de la thyroïde est assez rare. Par contre, d'autres affections bénignes (goitre, nodules, thyroïdite, etc.) sont plus fréquentes.

La plupart de ces symptômes sont donc le plus souvent dus à des problèmes de santé sans gravité, sans aucun rapport avec un cancer. Si les symptômes persistent plus de deux semaines, mieux vaut consulter son médecin traitant.

Des détails sur les symptômes sont disponibles sur notre site Internet www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.

Examens de diagnostic et bilan d'extension

Si le médecin suspecte un cancer de la thyroïde, il demandera une série d'examens afin de confirmer le diagnostic et si nécessaire un bilan d'extension.

Examens de diagnostic

La période du diagnostic et des examens complémentaires est souvent difficile à vivre. Il faut attendre un certain temps avant que tous les examens aient été effectués. Dans l'intervalle, on se pose bien des questions sur l'extension de la tumeur et son évolution possible. Les équipes hospitalières font tout leur possible pour que cette période soit la plus brève possible.



Selon les circonstances, le médecin vous demandera de passer un ou plusieurs des examens suivants :

Analyse sanguine

Le médecin prescrit généralement une analyse de sang pour voir si les taux d'hormones thyroïdiennes et de calcium sont normaux ou perturbés.

Échographie de la glande thyroïde

L'échographie est une technique d'imagerie utilisant les ultrasons. Elle n'implique aucune irradiation. En pratique, vous êtes en général allongé sur une table d'examen. Le médecin promène une sonde enduite de gel sur l'organe à examiner et visualise le résultat sur l'écran. Il peut souvent vous commenter en temps réel ce qu'il observe, mais ces images ne sont pas toujours faciles à comprendre quand on n'en a pas l'habitude. L'examen n'est pas douloureux et ne comporte pas de contre-indications.

Ponction – biopsie

Pour pouvoir poser un diagnostic définitif, il est nécessaire de prélever un petit morceau de tissu (**biopsie**) qui sera ensuite examiné au microscope par un **anatomo-pathologiste**, pour confirmer la présence de cellules cancéreuses et déterminer le type de cancer.

Le prélèvement se fait généralement par aspiration à l'aide d'une aiguille très fine, à travers la peau, jusque dans le nodule thyroïdien suspect. Cette intervention est rapide et sûre, et ne cause pas de grand inconfort.

Des détails sur le déroulement de ces différents examens sont disponibles sur le site www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.

Bilan d'extension

Si le diagnostic de cancer est confirmé, un bilan d'extension est nécessaire pour connaître l'étendue locale de la tumeur et savoir si des métastases (tumeurs secondaires) sont présentes dans d'autres organes (larynx, œsophage, etc).

Les principaux examens sont :

- le PET-scan (tomographie par émission de positrons) qui permet de détecter des métastases à un stade précoce ;
- le scanner (CT-scan) (avec ou sans produit de contraste) qui fournit des images extrêmement détaillées des différents organes ;
- l'échographie qui permet de visualiser les organes et/ou les tissus sur un écran. L'échographie de la vessie peut se faire depuis l'extérieur de l'organisme ou depuis l'intérieur de la lumière vésicale ;
- la RMN (imagerie par résonance magnétique nucléaire) qui ressemble à un scanner, dont on aurait remplacé les rayons X par des champs magnétiques. Les différents organes sont visualisés sur un écran d'ordinateur ;
- la scintigraphie osseuse qui donne des informations sur la présence de métastases localisées au niveau des os.

On examine ainsi la tumeur – et éventuellement les ganglions lymphatiques – à l'aide d'un microscope, afin de déterminer le stade de la maladie.

Des détails sur le déroulement de ces différents examens sont disponibles sur le site www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.

Stade

L'examen au microscope (anatomo-pathologie) du fragment de tissu prélevé permet de déterminer de quel type de cellules cancéreuses est constituée la tumeur : c'est son **grade de malignité**.

Les tumeurs sont classées en trois degrés de malignité : degrés 1, 2, 3.

Plus une cellule cancéreuse est anormale (= différente d'une cellule normale), plus son degré de malignité est élevé.

- Les cellules des tumeurs de **grade 1** ressemblent à des cellules normales et ont tendance à se développer et à se multiplier lentement. C'est pourquoi on dit que les tumeurs de degré 1 sont de meilleur pronostic.
- Les cellules des tumeurs de **grade 2** sont intermédiaires.
- Les cellules des tumeurs de **grade 3** ne ressemblent pas du tout à des cellules normales. Elles ont tendance à se développer rapidement et à se propager plus vite que les tumeurs de degré 1 ou 2.

Le stade désigne le degré d'extension du cancer. Il est établi en fonction du résultat du bilan d'extension. Le stade, tout comme le type de cellules à l'origine du cancer, est important pour le choix du/des traitement(s).

Traitements

Chirurgie

Ablation de la thyroïde

Généralement, toute la thyroïde est enlevée (thyroïdectomie). On procède aussi parfois à une ablation partielle, au cours de laquelle seule une moitié de la glande est enlevée. On parle alors de lobectomie.

Cette solution est choisie quand :

- la nature cancéreuse de la tumeur n'est pas clairement établie. L'anatomo-pathologiste examine le tissu prélevé au microscope, et remet ses conclusions généralement après quelques jours. Si la tumeur semble être de nature cancéreuse, une seconde opération a lieu afin d'enlever le reste de la thyroïde ;
- si la tumeur cancéreuse est de petite taille (moins d'1 cm).

L'opération a lieu sous anesthésie générale et dure entre une heure et demie et deux heures. Le chirurgien pratique une incision horizontale dans le cou afin de pouvoir enlever la thyroïde.

L'opération est généralement peu douloureuse et le retour à domicile a lieu quelques jours après l'intervention.



Conséquences de l'ablation de la thyroïde

Les nerfs laryngés, qui commandent la mobilité des cordes vocales, sont en contact étroit avec la thyroïde et les vaisseaux sanguins qui l'irriguent. Ces nerfs peuvent parfois être lésés au cours de l'intervention ce qui entraîne des troubles, généralement passagers, de la voix. S'ils persistent, des séances de logopédie peuvent s'avérer nécessaire pour retrouver une élocution normale. Si seule une moitié de la glande est retirée, il n'y a généralement pas de conséquences sur la production d'hormones thyroïdiennes. Le lobe restant de la thyroïde peut en produire suffisamment.

Si toute la glande est retirée, il y a évidemment une insuffisance thyroïdienne qui doit être corrigée par une prise quotidienne d'hormones sous forme de comprimés. Ce traitement est bien toléré et permet d'éviter un ralentissement du métabolisme et ses conséquences :

- frilosité ;
- fatigue ;
- constipation ;
- prise de poids.

L'ajustement des doses d'hormones qui vous conviennent peut prendre un certain temps.

Si les glandes parathyroïdes ont également été enlevées ou endommagées, le taux de calcium sanguin peut être perturbé. Cela se manifeste par des picotements ou fourmillements des extrémités et par des crampes musculaires. Le plus souvent, ces phénomènes sont transitoires et corrigés par la prise de calcium (et parfois de vitamine D).

Ablation des ganglions lymphatiques du cou

Les ganglions lymphatiques du cou sont également enlevés si on y détecte des métastases. La plupart du temps, on les enlève seulement d'un côté du cou.

Si les métastases sont petites, votre médecin vous conseillera éventuellement de postposer cette opération. Des traitements de suivi à l'iode ¹³¹ peuvent en effet suffire à les faire disparaître. L'ablation des ganglions se fait généralement en même temps que celle de la thyroïde. Cette intervention supplémentaire allonge la durée de l'opération de 2 à 3 heures.

Après l'intervention, un anatomo-pathologiste examine au microscope les ganglions prélevés.

Les résultats de cet examen sont disponibles au minimum une semaine plus tard, et permettent de déterminer si un traitement complémentaire est nécessaire.

Conséquences de l'ablation des ganglions lymphatiques du cou

L'ablation des ganglions peut avoir des conséquences parfois définitives :

- Perte de sensibilité de la peau du cou. Dans la plupart des cas, elle revient après quelques mois. Certaines personnes continueront malgré tout à ressentir un engourdissement ou une sensibilité altérée au niveau de la gorge.
- Un nerf de l'épaule peut être endommagé durant l'opération, avec pour conséquence des douleurs et un affaiblissement de l'épaule, qui peut pendre légèrement vers le bas. La kinésithérapie peut aider à réduire ces problèmes.
- Un gonflement d'une joue ou du menton peut se produire. Cela est dû à une mauvaise circulation de la lymphe dans ces parties du visage. Cet œdème passager peut être réduit par des massages légers (toujours en direction du cœur).

Traitement à l'iode radioactif

Même en cas de thyroïdectomie complète, de minuscules fragments de la glande peuvent persister dans le cou. Des métastases – parfois non détectables – peuvent également être présentes dans des ganglions lymphatiques ou d'autres parties du corps. C'est pourquoi, dans la majorité des cas, l'opération est suivie d'un traitement à l'iode radioactif (I-131). La dose nécessaire dépend notamment de la taille initiale de la tumeur et de la présence éventuelle de métastases.

Le mécanisme d'action de l'iode ¹³¹I est simple : les cellules thyroïdiennes (normales et tumorales) le captent rapidement. Comme elles sont les seules cellules de l'organisme à posséder cette affinité, l'iode radioactif est donc naturellement concentré dans les cellules thyroïdiennes éventuellement restées en place, où il agit alors comme une radiothérapie interne : ses rayonnements détruisent les cellules dans lesquelles il se trouve et leurs voisines.

Ce traitement est administré entre 4 et 6 semaines après l'opération. Par mesure de sécurité pour les personnes qui vous entourent, vous devez rester confiné quelques jours dans une chambre d'hôpital spécialement équipée, après la prise de l'iode radioactif. Cette chambre répond à des critères précis de sécurité, et la durée du séjour dépend de la quantité reçue et de la vitesse à laquelle le corps évacue l'iode radioactif. Celui-ci est éliminé principalement via les fluides corporels (urine, salive, sueur). Dès que les mesures montrent que cette radioactivité est descendue sous un certain seuil, vous pouvez rentrer à votre domicile. Il est malgré tout conseillé d'éviter les contacts avec les femmes enceintes et les enfants de moins de 10 ans durant encore quelques jours.

Après le traitement

7 à 10 jours environ après le traitement, on procède à un examen scintigraphique du corps entier pour contrôler l'absence de foyer tumoral résiduel. Cet examen peut être répété une ou plusieurs fois durant les mois suivant le traitement.

Conséquences d'un traitement à l'iode radioactif

Certaines personnes ressentent des douleurs dans les glandes salivaires après ce traitement, ainsi qu'une sécheresse buccale et des douleurs gastro-intestinales. Des bonbons acidulés, des tablettes de vitamine C ou des gommes à mâcher peuvent aider à réduire ces troubles.

On conseille aux jeunes femmes en âge de procréer d'éviter une grossesse dans les quatre mois qui suivent le traitement.

Cela est également valable pour les femmes saines dont le partenaire est traité par iode radioactif.

Chez les hommes, on constate parfois une baisse de la qualité du sperme après des traitements répétés. Il est heureusement possible de prélever et de congeler du sperme avant le début du traitement, afin de permettre une fécondation ultérieure.

Votre médecin traitant peut vous fournir plus d'information à ce sujet.

Enfin, il faut noter qu'un traitement à l'iode radioactif augmente le risque d'être atteint d'une leucémie ou d'un cancer de la vessie plus tard dans la vie.

Radiothérapie

La radiothérapie est rarement nécessaire dans le traitement des cancers de la thyroïde. Elle ne sera appliquée que dans des circonstances particulières (patients de plus de 45 ans présentant un cancer avancé ou des métastases ganglionnaires, qui ne peuvent être traités par l'iode ¹³¹I). Si vous devez suivre un tel traitement, le radiothérapeute vous donnera toutes les informations nécessaires.

Chimiothérapie

La chimiothérapie est également assez peu utilisée dans la majorité des cas de cancers de la thyroïde. On y a recours en cas de cancers anaplasiques (une forme rare mais agressive de cancer thyroïdien, à risque élevé de métastases), en combinaison avec une radiothérapie externe ; ou alors dans des situations de cancers avancés qui ne réagissent plus aux autres traitements.

Thérapie ciblée

Les nouveaux traitements ciblés agissent sur des anomalies spécifiques des cellules cancéreuses. Ces médicaments sont principalement utilisés pour traiter le cancer médullaire de la thyroïde, pour lequel le traitement à base d'iode radioactif n'est pas efficace.

Une thérapie ciblée peut également être utilisée dans le cas d'un cancer d'origine folliculaire de la thyroïde (pour rappel, c'est la forme dont traite l'ensemble de cette brochure) lorsque la chirurgie et le traitement à l'iode radioactif n'ont pas donné les résultats escomptés. On utilise alors des produits tels que du sorafenib, sunitinib, pazopanib et vandetanib.

Après les traitements

Un suivi régulier sera nécessaire après traitement d'un cancer de la thyroïde afin de détecter rapidement tout signe éventuel de rechute. Ce suivi consiste en des prises de sang régulières et, éventuellement, certains autres examens (échographie, scintigraphie...). Il permet également de vérifier si le fonctionnement de la thyroïde et/ou le traitement hormonal de substitution hormonale restent bien adaptés.

Des détails sur les traitements sont disponibles sur le site www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.

La qualité de vie comme but des traitements

Certains cancers ne peuvent pas être définitivement guéris. Les traitements visent alors à stabiliser leur évolution en stoppant leur progression ou en les maintenant sous contrôle. Dans ce cas, le cancer peut devenir une **maladie chronique** avec laquelle il faut apprendre à vivre. L'équipe médicale met alors tout son savoir-faire au service de la **qualité de vie à court, moyen et long terme**.

Quand le cancer progresse malgré tout, ce souci de la **qualité de vie** prend encore plus d'importance. Le but du traitement est alors de contrôler les éventuelles **douleurs** et **inconforts** liés à la maladie.

Enfin, quand le cancer est trop avancé pour être maîtrisé, on propose des **soins palliatifs dont la priorité est de** maintenir une qualité de vie maximale pendant toute la période – parfois longue – de la fin de vie.

Suivi après la fin des traitements

Le suivi après traitement est très important. L'équipe médicale proposera un planning de suivi qui comprendra une série de consultations et d'examen complémentaires (prises de sang, imagerie, etc.) à un certain rythme, qui diminuera au fil des années. Si de nouveaux troubles ou symptômes font leur apparition dans l'intervalle entre deux contrôles, il faut en informer rapidement le médecin.

Guérison ou rémission ?

Une rémission est une amélioration de l'état du patient, avec diminution des signes de présence du cancer. Lorsque tous les signes de la maladie ont disparu, on parle de **rémission complète**. Cela ne signifie pas toujours que la maladie a été totalement et définitivement éliminée. En effet, même à ce stade, quelques cellules malignes peuvent avoir survécu, mais elles sont trop petites pour être détectées par les examens pratiqués. Seul le temps permettra de s'assurer que ce n'est pas le cas. Et c'est seulement à ce moment qu'on parlera de **guérison**.

Combien de temps faudra-t-il attendre ? Tout dépend du type de cancer. Arbitrairement, la barre a été fixée à 5 ans, mais il n'est pas toujours nécessaire de patienter aussi longtemps pour parler de guérison. En règle générale, plus une rémission se prolonge, plus il y a de chances d'être définitivement guéri.

Encore quelques conseils

Lutter contre la fatigue

La fatigue est un effet secondaire très fréquent du cancer et/ou de ses traitements. Elle peut être ressentie longtemps après la fin des traitements.

Votre médecin et/ou l'équipe médicale, peuvent vous aider à en réduire les effets.

Pratiquer une activité physique adaptée, pendant et après les traitements, permet de retrouver un certain tonus. Cela peut faciliter les petits efforts quotidiens.

Plus d'informations sur l'activité physique pendant et après un cancer sur www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.



Soulager la douleur

Le médecin et/ou le personnel soignant peuvent vous aider à soulager les douleurs. Suivez toujours strictement leurs recommandations, notamment concernant les doses prescrites d'antidouleurs.

Pour que manger reste un plaisir

Si la maladie ou les traitements perturbent votre alimentation, vous pouvez demander conseil à un diététicien spécialisé en oncologie (oncodiététicien).

Ne suivez pas de votre propre initiative un prétendu régime "anticancer". Leur efficacité est loin d'être démontrée, et cela risque fort d'affaiblir davantage votre corps. Soyez également prudent avant de prendre des compléments alimentaires. Certains d'entre eux peuvent perturber l'efficacité du traitement.

Plus d'informations (conseils, recettes, annuaire d'oncodiététiciens, etc.) sur www.cancer.be/alimentation-recettes ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.



Attention aux interactions médicamenteuses !

Certains médicaments (conventionnels ou issus de médecines « douces ») peuvent modifier l'efficacité des traitements anticancéreux.

Faites une liste des traitements que vous suivez (médicaments mais aussi vitamines, plantes, régimes, etc.) et discutez-en avec votre médecin et/ou l'équipe soignante lors de vos consultations.

Ces brochures complémentaires sont disponibles sur www.cancer.be/publications ou par téléphone au Cancerinfo 0800 15 801 :

- Médecines « douces » et cancers.
- Guide des compléments alimentaires.

L'importance d'un bon moral

Pendant la maladie, il est normal d'avoir des hauts et des bas. L'équipe soignante est là pour vous aider à passer ce cap difficile.

Après la fin d'un traitement contre le cancer, il faut reprendre pied dans la vie « normale », parfois retourner au travail, et pourtant vous vous sentez comme rescapé(e) d'une aventure difficile à partager.

Si vous éprouvez des difficultés, parlez-en à un proche, à un membre de l'équipe soignante, à un psychologue ou aux membres d'une association de patients.

La Fondation contre le Cancer propose également un coaching psychologique complémentaire par téléphone. Plus d'informations sur www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.



L'importance d'une relation de confiance avec ceux qui vous soignent

N'hésitez jamais à interroger l'équipe soignante (médecins, infirmières et autres) et à répéter vos questions jusqu'à obtenir une réponse compréhensible. Construisez un véritable dialogue avec eux. Cela vous permettra de prendre, de commun accord et en toute confiance, les décisions qui s'imposent.

Le CSO, un partenaire tout au long du traitement

Le "Coordinateur de soins en oncologie" est un/une infirmier/infirmière spécialisé(e) qui sera votre personne de contact privilégiée tout au long des traitements que vous allez suivre.

Il/elle fait partie intégrante de votre équipe soignante, assiste à toutes les réunions vous concernant et coordonne tous vos rendez-vous. Votre CSO est facilement joignable par téléphone ou par mail pour répondre à vos questions.

La Fondation contre le Cancer Transformons l'espoir en victoire !

Au sein de la Fondation contre le Cancer, nous avons pour missions :

- D'abord et avant tout de financer les meilleures équipes de chercheurs qui travaillent à mieux comprendre les mécanismes d'apparition de la maladie, qui vont ainsi pouvoir **trouver** des méthodes de traitement encore plus performantes, qui améliorent les chances de guérison et la qualité de vie des patients. En effet, pour vaincre le cancer, c'est la recherche scientifique qui transforme petit à petit l'espoir en victoire.
- D'**agir** nous-même quand c'est nécessaire et notamment par le financement de projets psychosociaux qui permettent d'avoir un impact sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer ou de leurs proches.
- De **mobiliser** tous les acteurs, car ensemble nous serons plus efficaces et avancerons plus vite.
- D'**informer** en renforçant les connaissances globales sur le cancer, sur les mécanismes d'apparition de la maladie et sur les traitements ; de traduire les résultats de la recherche en informations accessibles et compréhensibles pour le grand public.