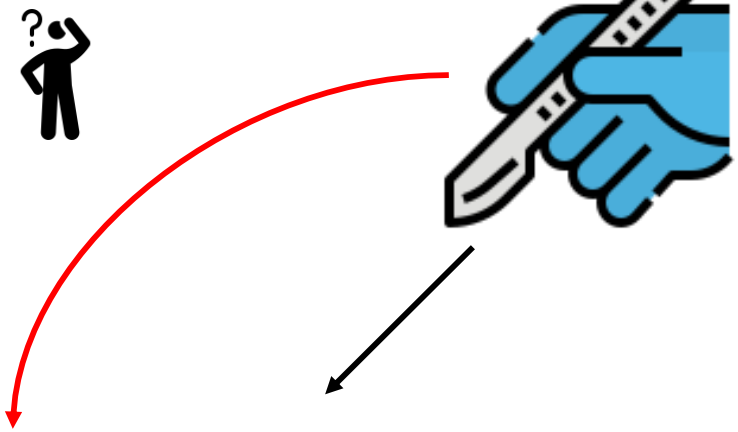
Impact de l’Iode-131 par rapport à la surveillance active après chirurgicale pour une récidive ganglionnaire dans le carcinome papillaire thyroïdien de risque intermédiaire.

Le 13/11/2025 Congrès SFCCF : Dr F.Delagnes Directrices : Dr L.Vija Racaru et Pr A.Dupret Bories

Une prise en charge thérapeutique basée sur le risque de récidive



Récidive lymphonodale prouvée par cytoponction

Indication de l'Iode 131 comme traitement adjuvant selon le risque de récidive de l'ATA 2025

Evaluation de la réponse au traitement selon la stratification dynamique du risque de récidive

Haugen *et al*. 2015- Tuttle *et al.* 2019

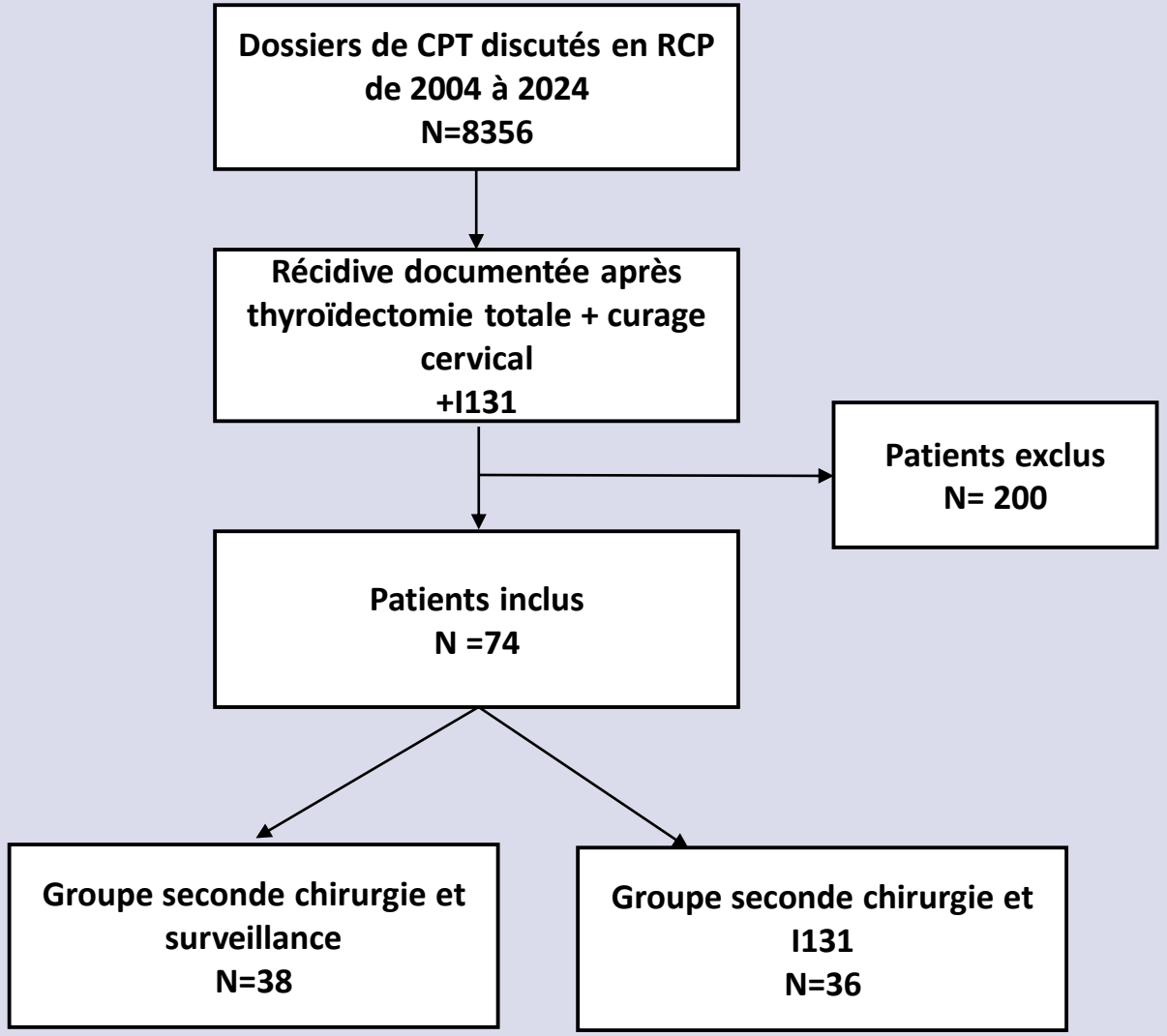
PROBLEMATIQUE

EXISTE-T-IL UN IMPACT DE L'I-131 PAR RAPPORT AU SUIVI ACTIF SUR LA SURVIE SANS RÉCIDIVE CHEZ LES PATIENTS DE RISQUE INTERMÉDIAIRE TRAITÉS CHIRURGICALEMENT POUR UNE RÉCIDIVE GANGLIONNAIRE DU CPT ?

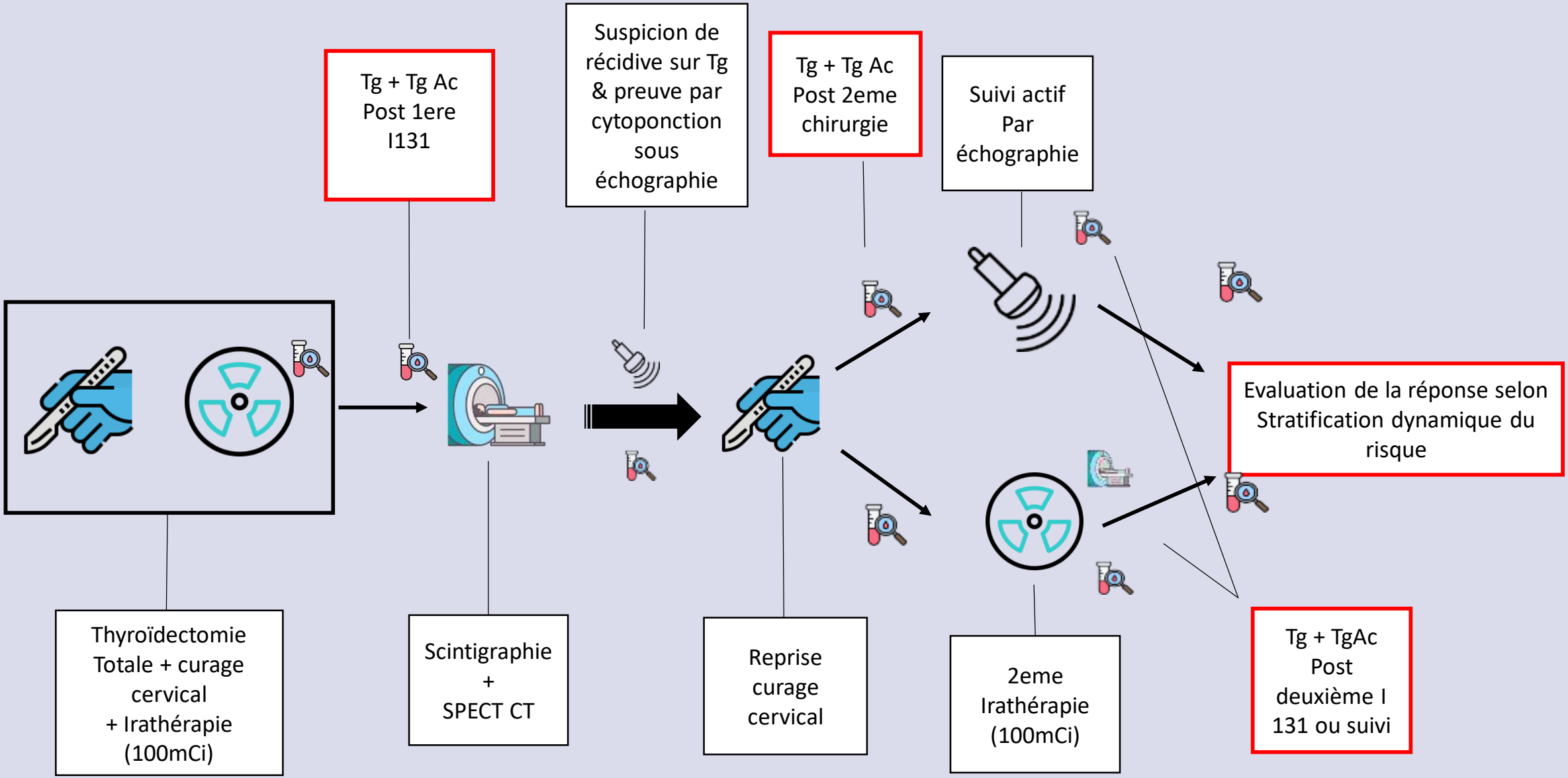
MÉTHODES

CPT pT1-T3N1M0
>18 ans
Récidive prouvée
Risque intermédiaire

M1,
>T3a
Histologie agressive
N >3cm
> 3R+



MÉTHODES


Tg + Tg Ac
Post 1ere
I131
Suspicion de
récidive sur Tg
& preuve par
cytoponction
sous
échographie
Tg + Tg Ac
Post 2eme
chirurgie
Suivi actif
Par
échographie
Evaluation de la réponse selon
Stratification dynamique du
risque
Thyroïdectomie
Totale + curage
cervical
+ Irathérapie
(100mCi)
Scintigraphie
+
SPECT CT
Reprise
curage
cervical
2eme
Irathérapie
(100mCi)
Tg + TgAc
Post
deuxième I
131 ou suivi

	Groupe thérapeutique attribué	I-131	Suivis	
	Total	I-131	suivis	
Sexe				0.864
Homme	26 (35)	13 (34)	13 (36)	
Femme	48 (65)	25 (66)	23 (64)	
Age (années), médiane, (étendue)	41 (17;78)	42 (17;77)	39 (21;78)	0.758
pT1b	17 (23)	9 (24)	8 (22)	
Nombre de ganglion envahi sur le nombre de ganglion retiré. Median (étendue) (n=71)[b]	0.40 (0.03;1.00)	0.37 (0.03;1.00)	0.46 (0.08;1.00)	0.494
Extension extracapsulaire				0.981
Extension extracapsulaire (n=70)[a]				0.981
Oui	19 (27)	10 (27)	9 (27)	
Non	51 (73)	27 (73)	24 (73)	
Thyroglobuline après 1ere irathérapie (ng/ml), médiane (range) (n=72)	5.3 (0.1;128.0)	3.6 (0.1;115.5)	7.1 (0.1;128.0)	0.316

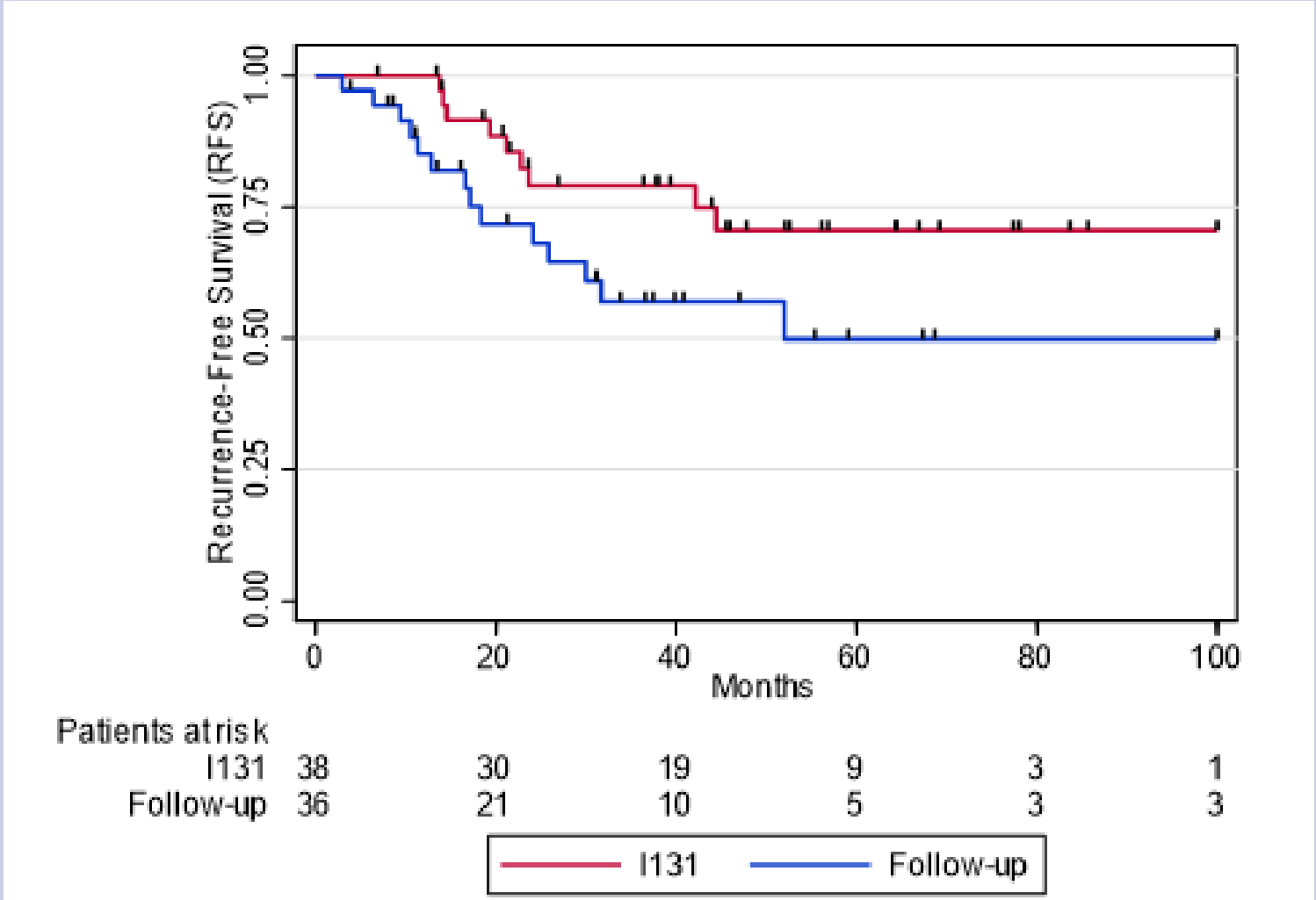
Caractéristiques des patients après prise en charge initiale

	Groupe thérapeutique attribué			
	Total n=74 (%)	I-131 n=38 (%)	Suivis n=36 (%)	p-value
Age (année) médiane, (étendue)	45 (19;79)	48 (19;79)	45 (27;79)	0.611
Statut ganglionnaire, N				1.000
Extension extracapsulaire (n=73)[a]				0.046
Oui	36 (49)	23 (61)	13 (37)	
Non	37 (51)	15 (40)	22 (63)	
Thyroglobulinémie avant la 2ème irathérapie (ng/ml)				0.405
< 1	24 (32)	14 (37)	10 (28)	
> 1	50 (68)	24 (63)	26 (72)	

I-131 Suivis

Caractéristiques des patients après reprise du curage ganglionnaire

RFS selon le groupe thérapeutique attribué

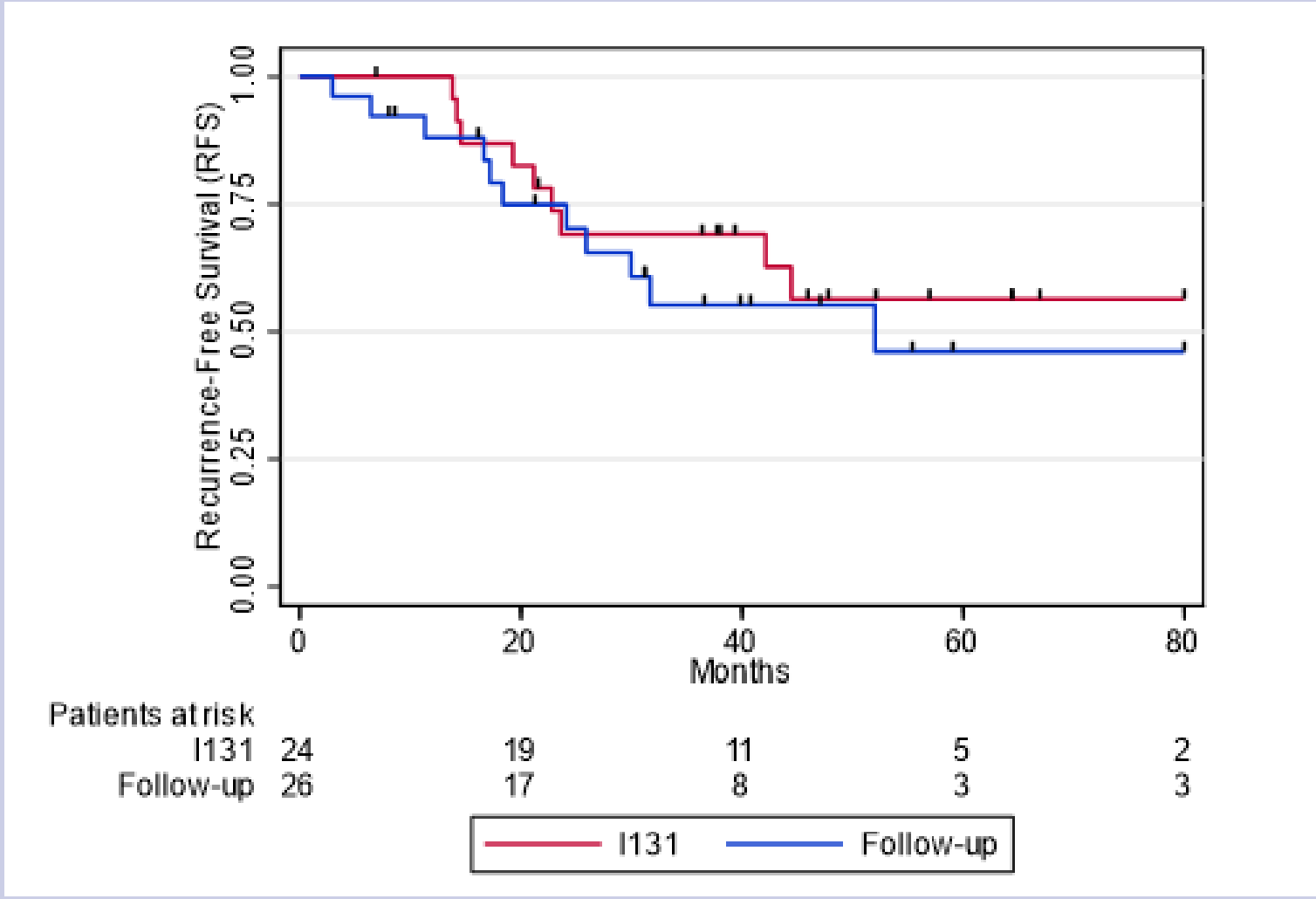


HR : 2.13 [0,92 ; 4,94] ;
p=0,070.

Évaluation des réponses au traitement dans les deux groupes

Groupe suivis N=36	Réponse excellente	Réponse biochimique Indéterminée	Réponse Biologique Incomplète	Réponse Structurellement Incomplète
6-12 mois	15/36	15/36	5/36	1/36
Date de dernier suivi	19/36	12/36	4/36	1/36
Groupe I-131 N=38				
6-12 mois	7/38	17/38	8/38	6/38
Date de dernier suivi	12/38	13/38	7/38	6/38

RFS pour le sous-groupe Tg>1ng/ml



HR : 1.33 [0,55 ; 3,23] ;
p=0,521.

Nos résultats

13 % à 46 %

Yim *et al.2011* -Piccardo *et al. 2017*-Hung et *al.2018*-Cadena-Piñeros et *al. 2022* -Zhang *et al. 2023*- et al.2020 –Bouvet 2019 *et al.*-Sun *et al 2022*

35,6 %

14 à 123,6 mois

Yim *et al.2011*-Piccardo *et al.2017*- Hung et *al.2018*-Rosario et *al.2020*- Bouvet *et al.2019*-Sun *et al.2022*

46 mois (IC 95 % : [39,1 ; 56,3])

Une majorité d'études ne retrouvant pas de bénéfice

Yim et *al. 2011* - Hung et *al. 2018* - Bouvet et *al. 2019* - Rosario et *al. 2020*

RFS (HR = 2.13 [0,92 ; 4.94])

2 études en faveurs de l'irathérapie

Piccardo et *al. 2017* - Zhang et *al.* 2023

***RFS* (*HR* = 1,33 [0,55 ; 3,23])**

FORCES

Patients de risque intermédiaire de récidive

Analyses multivariées

Groupes comparables

LIMITES

Etude rétrospective

Population faible

Durée de suivi

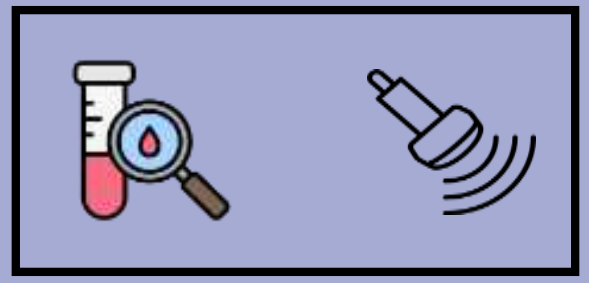
PAS DE BÉNÉFICE SIGNIFICATIF DE I-131 PAR RAPPORT A LA SURVEILLANCE ACTIVE

MAIS

Etude rétrospective

Durée de suivi

Etude prospective et multicentrique nécessaire



Impact of I-131 versus active surveillance post-surgery for lymph node recurrence in intermediate-risk thyroid cancer

Florent Delagnes1,2, Bertille Ségier3, Sebastien Fontaine4, Slimane Zerdoud 4, Camila Nascimento4, Jérôme Sarini2, Emmanuelle Mouchon1, Mehdi Krim5, Amélie Lusque3, Pr Agnes Dupret Bories*1,2,6 and Lavinia Vija Racaru * 4,6

1. Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery CHU Toulouse, France
2. Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery Institut Universitaire du Cancer Toulouse-Oncopole, Toulouse, France
3. Department of Biostatistics & Health Data Science Unit, Oncopole Claudius Regaud, Institut Universitaire du Cancer Toulouse-Oncopole, Toulouse, France.
4. Nuclear Medicine Department, Institut Universitaire du Cancer Toulouse-Oncopole, Toulouse, France
5. Nuclear Medicine Therapy Unit, Institut Universitaire du Cancer Toulouse-Oncopole, Pole CHU Toulouse, France
6. Paul Sabatier University Medical School, Toulouse, France

MERCI

Risk of Structural Disease Recurrence

(In patients without structurally identifiable disease after initial therapy)

High Risk
Gross extrathyroidal extension, incomplete tumor resection, distant metastases, or lymph node >3 cm

Intermediate Risk
Aggressive histology , minor extrathyroidal extension, vascular invasion, or > 5 involved lymph nodes (0.2-3 cm)

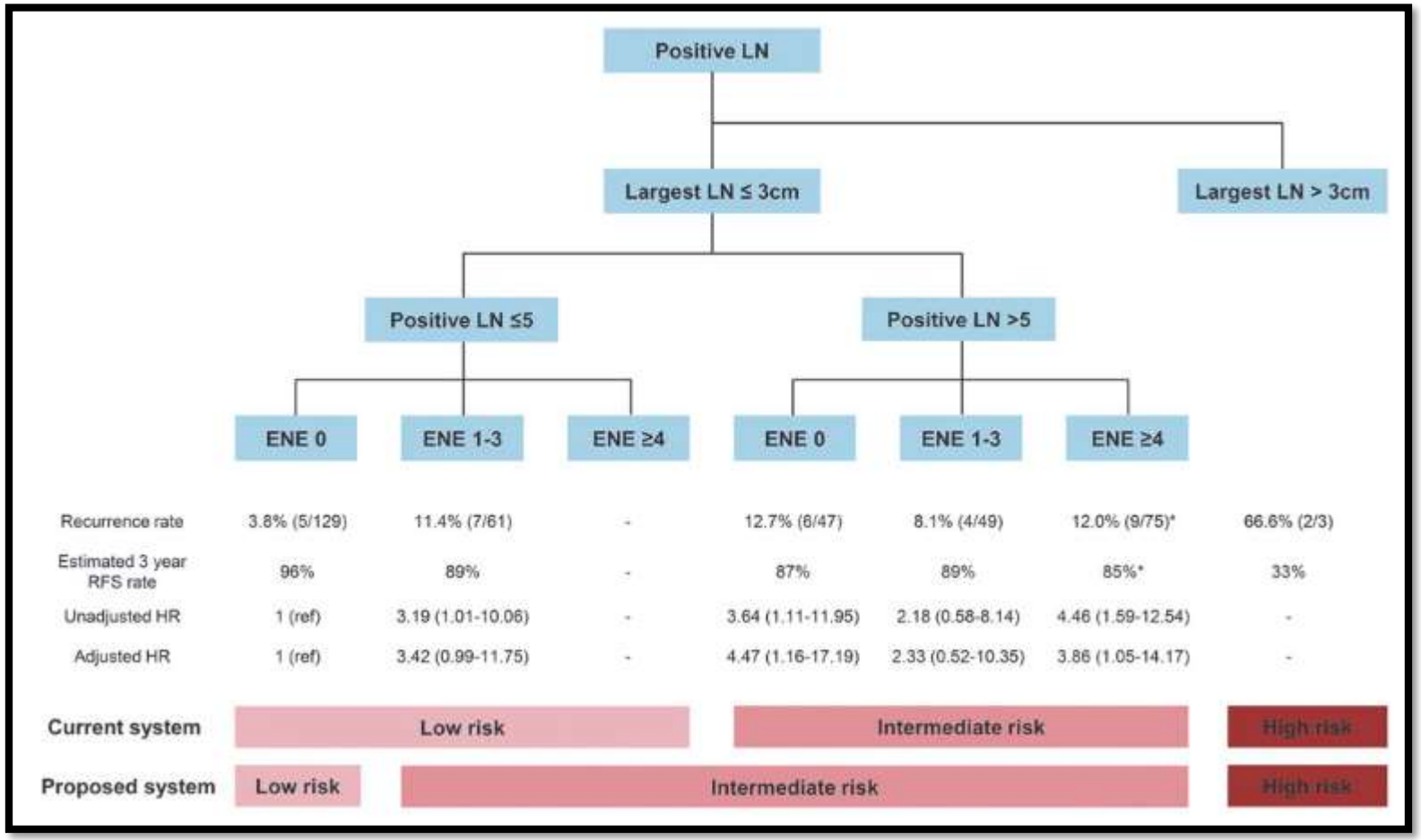
Low Risk
Intrathyroidal DTC ≤ 5 LN micrometastases (< 0.2 cm)

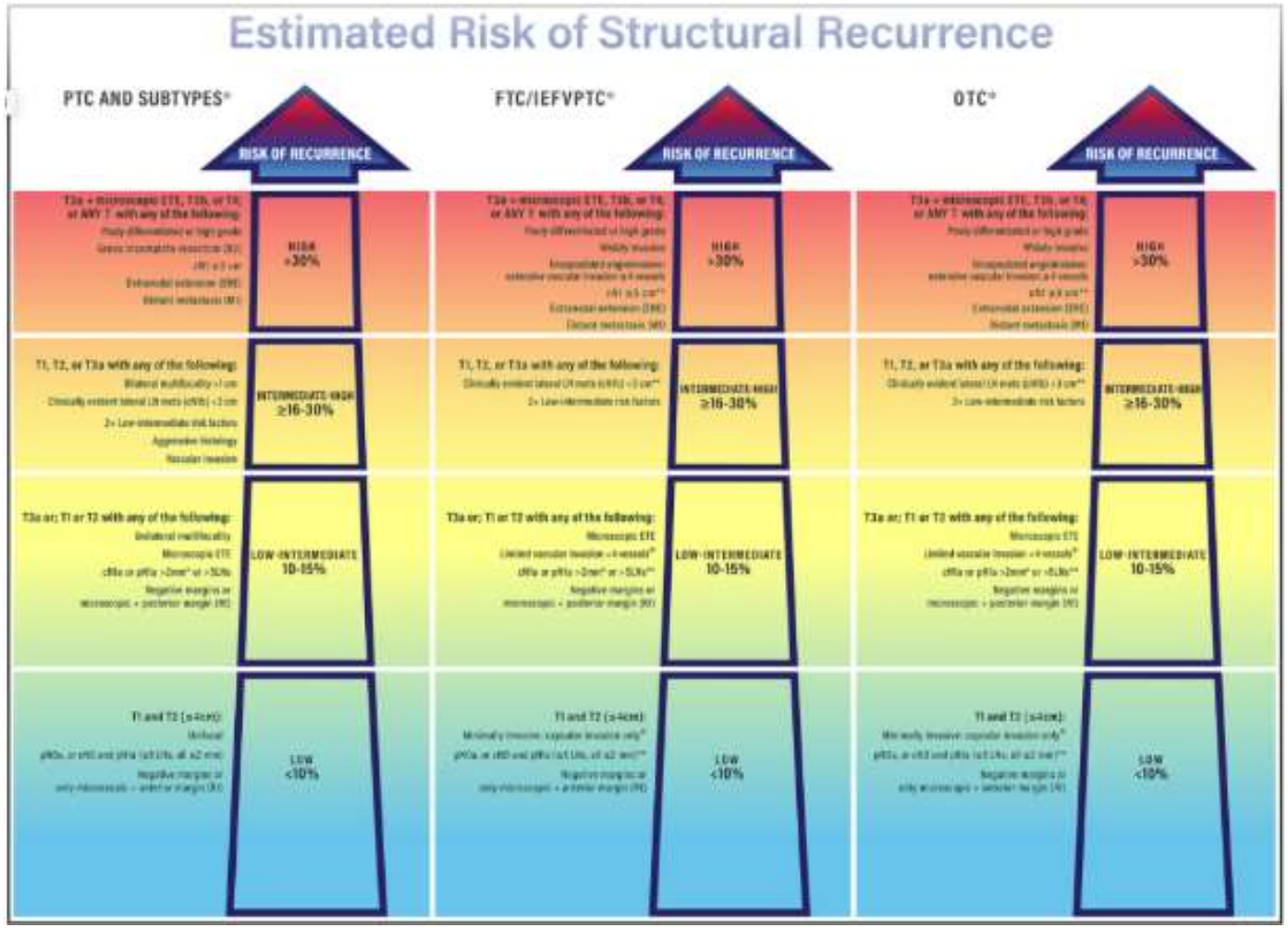
- FTC, extensive vascular invasion (≈ 30-55%)
- pT4a gross ETE (≈ 30-40%)
- pN1 with extranodal extension, >3 LN involved (≈ 40%)
- PTC, > 1 cm, TERT mutated ± BRAF mutated* (>40%)
- pN1, any LN > 3 cm (≈ 30%)
- PTC, extrathyroidal, BRAF mutated*(≈ 10-40%)
- PTC, vascular invasion (≈ 15-30%)
- Clinical N1 (≈20%)
- pN1, > 5 LN involved (≈20%)
- Intrathyroidal PTC, < 4 cm, BRAF mutated* (≈10%)
- pT3 minor ETE (≈ 3-8%)
- pN1, all LN < 0.2 cm (≈5%)
- pN1, ≤ 5 LN involved (≈5%)
- Intrathyroidal PTC, 2-4 cm (≈ 5%)
- Multifocal PTMC (≈ 4-6%)
- pN1 without extranodal extension, ≤ 3 LN involved (2%)
- Minimally invasive FTC (≈ 2-3%)
- Intrathyroidal, < 4 cm, BRAF wild type* (≈ 1-2%)
- Intrathyroidal unifocal PTMC, BRAF mutated*, (≈ 1-2%)
- Intrathyroidal, encapsulated, FV-PTC (≈ 1-2%)
- Unifocal PTMC (≈ 1-2%)

THYROID
Volume 29, Number 7, 2019
Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/thy.2018.0541

Impact of Extranodal Extension on Risk Stratification in Papillary Thyroid Carcinoma

Hye In Kim,[1,*] Jiyeon Hyeon,[2,*] So Young Park,[3] Hyeon Seon Ahn,[4] Kyunga Kim,[4] Ji Min Han,[1] Ji Cheol Bae,[1] Jung Hee Shin,[5] Jee Soo Kim,[6] Sun Wook Kim,[3] Jae Hoon Chung,[3] Tae Hyuk Kim,[3] and Young Lyun Oh[7]





Arrangoiz and al. 2025

Extranodal extension. According to the 2015 ATA DTC guidelines, pN1 tumors with extranodal extension and >3 metastatic lymph nodes have a risk of recurrence at 40% and suggest a high-risk category.[14] This has been confirmed

0021-972X/05/$15.00/0
Printed in U.S.A.

The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 90(10):5723–5729
Copyright © 2005 by The Endocrine Society
doi: 10.1210/jc.2005-0285

Prognostic Factors for Persistent or Recurrent Disease of Papillary Thyroid Carcinoma with Neck Lymph Node Metastases and/or Tumor Extension beyond the Thyroid Capsule at Initial Diagnosis

Sophie Leboulleux, Carole Rubino, Eric Baudin, Bernard Caillou, Dana M. Hartl, Jean-Michel Bidart, Jean-Paul Travagli, and Martin Schlumberger

Departments of Nuclear Medicine and Endocrine Tumors (S.L., E.B., M.S.), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U605 (C.R.), Pathology (B.C.), Surgical Oncology (J.-P.T., D.M.H.), and Clinical Biology (J.-M.B.), Institut Gustave Roussy, 94805 Villejuif Cédex, France

Number of ECE-LN						
0	10/83 (12%)	1 (ref)		Nt	1 (ref)	
1–3	5/28 (18%)	1.6 (0.5–5.1)	<0.01		1.6 (0.5–5.2)	0.01
>3	18/37 (49%)	6.9 (2.7–17.4)			5.4 (2.1–14.3)	

“medium risk (5–21%) in patients with 10 or fewer metastatic LNs and three or fewer ECE-LNs and a tumor size of 4 cm or less”

A cutoff thyroglobulin value suggestive of distant metastases in differentiated thyroid cancer patients

J.S. Couto[1], M.F.O. Almeida[1], V.C.G. Trindade[1], M.M.S. Marone[1,2,3], N.M. Scalissi[1,3], A.N. Cury[1,3], C. Ferraz[1,3], and R.P. Padovani[1,2,3]

[1]Serviço de Endocrinologia e Metabologia, Departamento de Medicina, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
[2]Serviço de Medicina Nuclear, Nuclimagem, São Paulo, SP, Brasil
[3]Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Cut off de <u>117.5 ng/ml</u> : prédictif de métastases pulmonaires ou osseuses

118,1ng/ml

Se : 70%
Spe : 83,7%
VPN : 93,7%

Curages initiaux

Nombre de nœuds lymphatiques envahis sur nœuds lymphatiques prélevés. médiane, (étendue)	0,43 (0,03;1,0)	0,41 (0,03;1,0)	0,46(0,08;1,0)	0,602
Curage central médiane (étendue)	0,50 (0,07;1,00)	0,50 (0,07;1,00)	0,50(0,17;1,00)	0,449
Curage latéral homolatéral médiane (étendue)	0,30 (0,03;1,00)	0,42 (0,03;1,00)	0,22 (0,07;1,00)	0,189

Reprises curages

Nombre de nœuds lymphatiques envahis sur nœuds lymphatiques prélevés. (médiane, étendue)				
Curage central (n=24)	0,63 (0,06;1,00)	0,50 (0,18;1,00)	0,67(0,06;1,00)	1,000
Curage latéral (n=49)	0,13 (0,02;1,00)	0,15 (0,02;1,00)	0,13 (0,05;1,00)	0,507

Prognostic implications of lymph node yield in central and lateral neck dissections for well-differentiated papillary thyroid carcinoma

Chase M. Heaton, MD; Jolie L. Chang, MD; Lisa A. Orloff, MD

Curage central : 6
Curage lateral : 16

= bas risque de récidive

Un faible ratio Nœuds lymphatiques atteints/Nœuds lymphatiques prélevés Est associé à un niveau de récidive faible

Variables		Analyse univariée		Analyse multivariée	
		HR(95%IC)	P-value	HR(95%IC)	P-value
Groupe thérapeutique attribué			0.070		0.104
	I-131	1.00		1.00	
Age à la réoperation			0.433		0.312
	< 55	1.00		1.00	
	≥ 55	1.40 [0.60 ; 3.24]		1.56 [0.66 ; 3.67]	
Thyroglobuline			0.064		0.127
Thyroglobuline (ng/ml) après seconde chirurgie					
	<1	1.00		1.00	
	≥1	2.98 [0.88 ; 10.04]		2.59 [0.76 ; 8.83]	
Extension extracapsulaire			0,753		
	Non	1.00			
	Oui	1.14[0.49 ; 2.65]			
Histologie			0.811		
Papillaire		1.00			
Papillaire variante vésiculaire		1.14 [0.39; 3.38]			
Taille de la plus grande adénopathie envahi(mm)		0.95 [0.87 ;1.02]	0.155		

Analyse uni variée ou multivariée pour la survie sans récidive (RFS)