



**HAL**  
open science

## Incidental cervical metastases from thyroid carcinoma during neck dissection

Sophie Périé, F. Torti, M. Lefevre, N. Chabbert-Buffet, A. Jafari, J. Lacau St Guily

► **To cite this version:**

Sophie Périé, F. Torti, M. Lefevre, N. Chabbert-Buffet, A. Jafari, et al.. Incidental cervical metastases from thyroid carcinoma during neck dissection. 2016, pp.383 - 386. hal-01485106

**HAL Id: hal-01485106**

**<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-01485106>**

Submitted on 21 Mar 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

*Article original***Incidental cervical metastases from thyroid carcinoma during neck dissection**

Métastases cervicales occultes de cancers thyroïdiens dans les curages cervicaux

Sophie Périé (1)\*, Florinda Torti (1), Marine Lefevre (2), Nathalie Chabbert-Bufferet (3), Alice Jafari (1), Jean Lacau St Guily (1).

1. Service de Chirurgie ORL et Cervico-faciale,
2. Service d’Histopathologie,
3. Service d’Obstétrique, de Gynécologie et de Médecine de la Reproduction – section d’Endocrinologie

Faculté de Médecine, Université Pierre et Marie Curie Paris VI et Hôpital Tenon, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

**\* Auteur correspondant.**

Adresse e-mail : [sophie.perie@tnn.aphp.fr](mailto:sophie.perie@tnn.aphp.fr) (S. Périé)



## RESUME

*Objectifs* : Quantifier et discuter la prévalence des métastases ganglionnaires occultes thyroïdiennes découvertes sur les pièces de curages ganglionnaires cervicaux réalisés pour un carcinome épidermoïde des voies aéro-digestives supérieures (CE-VADS), et discuter les conséquences thérapeutiques.

*Type d'étude* : Etude rétrospective menée entre mai 2004 et janvier 2007.

*Lieu d'étude* : CHU.

*Méthodes* : Les résultats histologiques des curages ganglionnaires cervicaux effectués au cours du traitement chirurgical d'un CE-VADS ont été analysés sur un total de 329 curages chez 266 patients opérés consécutivement.

*Résultats* : 21 patients présentaient des métastases ganglionnaires d'un cancer thyroïdien (prévalence 7,9 %) : carcinome papillaire dans 13 cas et carcinome folliculaire dans 8 cas. Parmi ces 21 patients, 5 avaient eu, de principe, avec le curage classique, un curage récurrentiel avec lobectomie unilatérale; aucun foyer tumoral thyroïdien n'y a été retrouvé. Treize patients ont bénéficié d'une radiothérapie dans le cadre de leur CE-VADS.

Le suivi consistait à réaliser annuellement une échographie du cou et de la thyroïde chez les 21 patients. Dans 5 cas, une thyroïdectomie totale a été décidée, conduisant à retrouver chez un seul patient, trois micro-carcinomes papillaires (traitement complémentaire par I<sup>131</sup>). Aucun carcinome thyroïdien n'a été retrouvé pour les 4 autres.

Aucun décès lié au carcinome thyroïdien n'est survenu au cours de la période de suivi (moyenne de 41 mois).

*Conclusion* : La prévalence des métastases ganglionnaires de carcinome thyroïdien retrouvée lors d'un curage cervical dans la prise en charge d'un CE-VADS apparaît plus élevée (7,9 %) que le taux rapporté dans la littérature (0,3 à 1,6 %). Cette différence peut être liée aux

méthodes histopathologiques utilisées. La prise en charge doit être discutée en fonction des résultats de l'échographie thyroïdienne et du pronostic du CE-VADS.

**Mots clés:**

métastases ganglionnaires cervicales de cancer thyroïdien ; carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures ; carcinome papillaire de la thyroïde ; curage cervical



## **INTRODUCTION**

Les carcinomes thyroïdiens occultes ou infra-cliniques ne sont pas rares. Des métastases de cancers thyroïdiens peuvent être découvertes fortuitement lors d'un curage cervical pratiqué pour un carcinome épidermoïde (CE) des voies aéro-digestives supérieures (VADS). La prévalence de ces métastases thyroïdiennes est estimée entre 0,3 et 1,6 %.<sup>1,2,3,4</sup>

L'impact thérapeutique est mal codifié, en partie lié au pronostic fréquemment sévère du CE-VADS.

Cette étude a pour objectif de quantifier la prévalence des métastases thyroïdiennes occultes retrouvées lors de l'analyse des curages cervicaux chez les patients atteints de CE-VADS en la comparant à celle rapportée dans d'autres séries, et d'analyser les méthodes histopathologiques utilisées. De plus, l'impact thérapeutique de cette découverte histologique est discuté au cours du suivi des patients.

## **PATIENTS ET METHODES**

Dans cette étude rétrospective, les résultats histologiques des curages ganglionnaires cervicaux dans notre institution ont été répertoriés. La population incluait 266 patients (220 hommes et 46 femmes) ayant eu consécutivement un curage cervical dans le cadre d'un CE-VADS entre mai 2004 et décembre 2007. L'âge moyen était de 54 ans (de 29 à 84 ans). Le curage était radical, radical modifié ou sélectif et concernait les niveaux I à VI selon la terminologie de Robbins, en fonction de la localisation du CE-VADS.<sup>5</sup> Au total, 349 curages ont été pratiqués (183 unilatéraux, 83 bilatéraux). Aucun patient n'avait d'antécédent de carcinome thyroïdien ni d'antécédent de thyroïdectomie. Aucun patient n'avait reçu de radiothérapie cervicale pendant l'enfance ou ultérieurement.

### **Examen histologique**

Les études histopathologiques ont toutes été menées par le même praticien. Tous les ganglions de tous les groupes ont été analysés. Chaque ganglion a été sectionné totalement tous les 3 mm et des coupes de 3 µm ont été réalisées puis colorées à l'Hématéine Eosine Safran (HES) pour être analysées en microscopie optique. Toute lobectomie thyroïdienne effectuée pendant le curage du groupe VI (récurrentiel) a été également prise en compte. Aucune étude immunohistochimique (anticorps anti TTF1, thyroid transcription factor 1, et anticorps anti-thyroglobuline) n'a été pratiquée, l'aspect histologique étant dans tous les cas évident. Les coupes présentant des ganglions thyroïdiens ont été réexaminées et confirmées par l'anatomopathologiste.

Les résultats histopathologiques ont été classifiés comme pathologiques en cas de ganglion de nature thyroïdienne (N+) ou de tumeur thyroïdienne (T+), ou comme non-pathologique en l'absence de ganglion de nature thyroïdienne (N-) ou de tumeur thyroïdienne (T-). Dans les cas N+, la quantité de tissu thyroïdien métastatique a été exprimée en pourcentage par rapport à la totalité du ganglion. L'atteinte ou non de la capsule ganglionnaire a aussi été précisée.

### **Analyse globale**

Les résultats histopathologiques ont été exprimés à une échelle patient en considérant le statut N+ (présence de métastases cervicales thyroïdiennes dans le curage) et/ou T+ (présence d'un carcinome thyroïdien dans le lobe thyroïdien). Les décisions fondées sur ces résultats et l'impact thérapeutique ont été étudiés au cours du suivi.

### **Considérations éthiques**

Selon la législation française (Code de la Santé Publique, modifiée par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 et la loi Huriet-Sérusclat 88-1138 du 20 décembre 1988) et du fait de l'utilisation de données provenant de uniquement de dossiers médicaux, aucun consentement éclairé des patients n'a été recueilli. Les données sont restées strictement anonymes.



## **RESULTATS (Tableau 1)**

### **Examen histopathologique**

Du tissu thyroïdien ganglionnaire (Figure 1) a été retrouvé fortuitement chez 21 des 266 patients, soit une prévalence de 7,9 %. Les caractéristiques cliniques et histopathologiques des patients présentant du tissu thyroïdien ganglionnaire ont été reprises dans le tableau 1. La capsule ganglionnaire était intacte dans tous les cas. Le tissu thyroïdien ganglionnaire était de petite taille dans la plupart des cas, avec un taux d'envahissement faible. Dans un seul cas, le ganglion était envahi à la fois par le CE-VADS et par du tissu thyroïdien.

Chez 13 patients, l'étude histologique a posé le diagnostic de métastases ganglionnaires d'un carcinome thyroïdien papillaire (N+). Le tissu métastatique était systématiquement localisé dans les ganglions latéraux (groupes II et IV). Dans 2 de ces cas, des ganglions métastatiques ont été détectés sur plus d'un groupe ganglionnaire (IIA et III). Chez 8 patients, l'étude histologique a trouvé du tissu thyroïdien bien différencié sans les atypies nucléaires d'un carcinome papillaire, faisant poser le diagnostic de métastases d'un carcinome thyroïdien folliculaire.

Parmi les 21 patients, 5 ont eu une lobotomie thyroïdienne pour réaliser le curage du groupe VI du fait de la localisation du CE-VADS primitif (sinus piriforme). L'histopathologie n'a trouvé aucun carcinome thyroïdien dans la lobectomie thyroïdienne (T-) ni dans le curage du groupe VI.

Treize des 21 patients ont nécessité une radiothérapie complémentaire dans le cadre de leur CE-VADS.

### **Conséquences**

Les 21 patients présentant une métastase ganglionnaire thyroïdienne ont eu une échographie cervicale et thyroïdienne au moins 2 mois après la fin du traitement de leur CE-VADS, puis une fois par an pendant 5 ans.

Des dosages sanguins de la TSH, de la T4 et de la T3 ont été pratiqués pour détecter une éventuelle hypothyroïdie.

### **Suivi des patients et impact sur la prise en charge**

Quinze des 21 patients atteints de métastase ganglionnaire thyroïdienne étaient encore en vie sur un recul moyen de 51,6 mois après le diagnostic (de 27 à 72 mois). Deux sont décédés de leur CE-VADS (patient n°10) ou d'un second CE-VADS (patient n°16), deux sont morts de métastases osseuses de leur CE-VADS (patients n°7 et 15), un est décédé d'un cancer du poumon (patient n°8), et l'un est mort d'un carcinome pancréatique (patient n°20). Parmi les 15 patients en vie à la fin de cette étude, 13 ne présentaient aucune évolution de leur CE-VADS traité ni d'autre cancer. Pour les deux autres patients en vie, l'un a été pris en charge avec succès pour un second CE-VADS (patient n°3), et le dernier a bénéficié d'un traitement chirurgical pour une récurrence ganglionnaire cervicale de son CE-VADS (patient n°19). Le suivi moyen était de 41,1 mois (de 6 à 72 mois).

Chez 3 patients, l'échographie initiale retrouvait au moins un nodule thyroïdien, ne faisant pas poser l'indication de cytoponction dans ce contexte. Une thyroïdectomie totale a été associée à un curage ganglionnaire du groupe VI chez 2 patients (patients n°1 et 2), et une lobectomie thyroïdienne a été associée à un curage ganglionnaire du groupe VI pour le troisième (patient n°19); l'examen histopathologique n'a trouvé aucun carcinome thyroïdien (T- et N-).

Chez un patient (patient n°3) une thyroïdectomie totale a été effectuée malgré l'absence de nodule thyroïdien à l'échographie ; l'examen histopathologique n'a trouvé aucun carcinome (T-).

Chez un patient (patient n° 15), un micro-nodule thyroïdien a été détecté lors de la troisième échographie, 29 mois après le traitement de son CE-VADS. La cytoponction retrouvait des cellules suspectes d'un carcinome thyroïdien papillaire. Une thyroïdectomie totale avec curages des groupes VI a été faite, et l'examen histopathologique a mis en évidence trois micro-carcinomes thyroïdiens papillaires (T+) avec des métastases bilatérales le long des nerfs laryngés inférieurs (N+). Un traitement complémentaire à l'I<sup>131</sup> a été effectué.

Pour les 16 autres patients, aucun geste chirurgical sur la thyroïde n'a été décidé du fait des échographies considérées comme normales.

Au cours du suivi, aucun patient n'a été évolutif sur le plan thyroïdien cliniquement ou en échographie.

## **DISCUSSION**

Plusieurs auteurs ont rapporté la présence de métastases thyroïdiennes découvertes fortuitement lors d'un curage ganglionnaire réalisé dans le cadre d'un CE-VADS. Une prévalence de 1,5 % parmi 752 patients sur 10 ans est décrite par Léon et al. <sup>3</sup>, avec un taux semblable (1,6 %) dans la série d'Ansari-Lari et al. <sup>1</sup> sur 1337 patients sur 7 ans. Une prévalence beaucoup plus faible, de 0,3 %, sur une population de 2855 patients sur 15 ans a été retrouvée par Vassilopoulou-Sellin et al. <sup>4</sup>. Dans notre étude, la prévalence est élevée, de 7,9 %, sur une population plus limitée (267 patients avec un suivi moyen de trois ans et demi).

Le taux élevé de métastases thyroïdiennes histologiques découvertes fortuitement sur les pièces de curages cervicaux dans cette étude, laisse suggérer des méthodes de détection histologique différentes. Dans les études antérieures, la méthodologie histopathologique n'est d'ailleurs pas clairement précisée. <sup>1, 3, 4, 7</sup> Nos examens histologiques étaient particulièrement méticuleux : chaque ganglion cervical de chaque groupe était sectionné tous les 3 mm, puis

montées sur des coupes de 3  $\mu\text{m}$  colorées au HES, avant une analyse en microscopie optique. Dans d'autres institutions, une telle analyse n'est pratiquée que si la première coupe montre une atteinte métastatique. De plus, dans notre analyse, en cas de ganglion positif N+, la quantité de tissu thyroïdien métastatique a été exprimée en pourcentage du ganglion en totalité, et le statut de la capsule ganglionnaire a aussi été pris en compte. Cette méthodologie histopathologique a été introduite dans notre service, puis adoptée de manière systématique, dans le cadre d'une étude clinique comparant la fiabilité de la tomographie à émission de positons au fluorodésoxyglucose aux résultats histopathologiques dans le cadre des CE-VADS.<sup>6</sup>

Léon et al.<sup>3</sup> et Ansari-Lari et al.<sup>1</sup> différencient les foyers métastatiques de « l'inclusion thyroïdienne bénigne » selon la méthode de Rosai<sup>8</sup>, mais la méthodologie de l'étude histopathologique des ganglions n'est pas décrite, comme c'est le cas dans d'autres séries.<sup>4, 7</sup> Finalement, en accord avec Livolsi et al.<sup>9</sup>, nous considérons que tout tissu thyroïdien d'aspect normal localisé dans les ganglions plus latéraux que la veine jugulaire interne est à considérer comme une métastase d'un carcinome thyroïdien.

Malgré les examens histopathologiques attentifs, aucun carcinome thyroïdien n'a été retrouvé sur 3 des 4 pièces de thyroïdectomies totales et sur les 6 lobectomies effectuées (soit initialement, soit secondairement). Il est cependant possible qu'il y avait des micro-cancers inférieurs à 3 mm (donc, plus petits que les coupes macroscopiques), ou qu'un nombre trop réduit de cellules thyroïdiennes tumorales n'aient été détectées, si la coupe de 3  $\mu\text{m}$  n'était pas focalisée sur elles. Leur présence occulte est illustrée chez un patient, chez qui a été découvert, au cours du suivi, des micropapillaires de la thyroïde (patient n° 15). Ceci ne confirme pas le concept de tissu thyroïdien normal et ectopique dans les ganglions cervicaux.<sup>1, 3</sup>

L'impact de ces métastases ganglionnaires cervicales thyroïdiennes occultes sur la prise en charge des patients n'est pas facile à évaluer, d'autant que le pronostic des CE-VADS est souvent sévère.<sup>10</sup> Si plusieurs de nos patients sont morts de leur CE-VADS ou d'un cancer secondaire, aucun décès n'était en rapport avec un carcinome thyroïdien. D'autres études ont aussi constaté le bon pronostic de ces métastases de carcinomes thyroïdiens découvertes au cours des curages cervicaux pour un CE-VADS.<sup>1, 3, 4, 7, 11, 12</sup> De plus, le tissu thyroïdien intra-ganglionnaire était dans la plupart des cas limité avec un envahissement limité. La radiothérapie post-opératoire (13/21 patients: 61 %) peut aussi avoir eu un rôle thérapeutique. Il n'y a pas de consensus quant aux décisions thérapeutiques à prendre face à la découverte fortuite de ces métastases thyroïdiennes. Une thyroïdectomie totale devrait être systématique selon certains<sup>1,4</sup> ; pour d'autres<sup>3, 7, 10</sup>, aucune démarche agressive au niveau de la thyroïde ne serait nécessaire dans la plupart des cas. Nous considérons qu'une chirurgie complète sur le plan du cancer thyroïdien (thyroïdectomie totale avec curages des groupes VI) est indiquée pour une population sélectionnée, notamment si le pronostic du CE-VADS est favorable et s'il existe un nodule en échographie. La thyroïdectomie totale doit être discutée aussi en termes de complications sévères (paralysie laryngée bilatérale), surtout lorsqu'elle survient après chirurgie pharyngolaryngée conservatrice ou à la suite d'une radiothérapie.

Le scanner et/ou l'échographie du cou et de la thyroïde sont recommandés par Léon et al.<sup>3</sup> pour rechercher des tumeurs thyroïdiennes primitives au cours du suivi. D'autres confrontent soit les données de l'examen clinique et de la scintigraphie thyroïdienne à l'I<sup>131</sup>, soit celles d'une scintigraphie au technétium-99m et de l'échographie<sup>4, 13</sup>.

Nous proposons un algorithme pour la prise en charge des patients chez qui une métastase cervicale d'un carcinome thyroïdien a été découverte fortuitement dans un curage ganglionnaire cervical. Une échographie cervicale peut être proposée 2 mois au moins après la fin du traitement du CE -VADS (échographie première, de référence), puis renouvelée

annuellement pendant 5 ans. Si un nodule thyroïdien est découvert, une lobectomie thyroïdienne ou une thyroïdectomie totale avec curages des groupes VI sera discutée en fonction du pronostic du CE-VADS. Une cytologie du nodule thyroïdien peut être contributive en préopératoire. Cependant, même si celle-ci est classée comme bénigne, les antécédents de métastases cervicales du carcinome thyroïdien imposeront une confrontation histologique. Dans les autres cas, la chirurgie n'apparaît pas justifiée ; aucun des patients dans cette série n'a évolué sur le plan thyroïdien au cours de leur suivi.

## **CONCLUSION**

La prévalence élevée des métastases cervicales thyroïdiennes retrouvées au cours des curages cervicaux pour un CE-VADS dans cette étude peut être liée à la méthodologie histopathologique utilisée. Les implications thérapeutiques de ces métastases thyroïdiennes histologiques fortuites doivent être discutées en fonction des résultats de l'échographie thyroïdienne au cours du suivi, du pronostic du CE-VADS et des risques chirurgicaux ; la découverte d'un nodule thyroïdien justifie une confrontation histologique par thyroïdectomie.

## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions le Pr F. Duron pour ses conseils utiles lors de la préparation de ce manuscrit.

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ansari-Lari M, Askarian M. Epidemiology of burns presenting to an emergency department in Shiraz, South Iran. *Burns* 2003; 29:579-581.
2. Clark RL, Hickey RC, Butler JJ, Ibanez ML, Ballantyne AJ. Thyroid cancer discovered incidentally during treatment of an unrelated head and neck cancer: review of 16 cases. *Ann Surg* 1966; 163:665-671.
3. León X, Sancho FJ, García J, Sañudo JR, Orús C, Quer M. Incidence and significance of clinically unsuspected thyroid tissue in lymph nodes found during neck dissection in head and neck carcinoma patients. *Laryngoscope* 2005; 115:470-474
4. Vassilopoulou-Sellin R, Weber RS. Metastatic thyroid cancer as an incidental finding during neck dissection: significance and management. *Head Neck* 1992 ; 14:459-463.
5. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, et al. Neck dissection classification update proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128:751-758.
6. Périé S, Hugentobler A, Susini B, Balogova S, Grahek D, Kerrou K, Montravers F, Chater PE, St Guily JL, Talbot JN. Impact of FDG-PET to detect recurrence of head and neck squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 137:647-653.
7. Fliegelman LJ, Genden EM, Brandwein M, Mechanick J, Urken ML Significance and management of thyroid lesions in lymph nodes as an incidental finding during neck dissection. *Head Neck* 2001; 23:885-891.
8. Rosai J, Carcangiu M.L., DeLellis R.A. Atlas of Tumor Pathology. Tumors of the Thyroid Gland. 1990 Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D.C.
9. Livolsi VA., MD. Surgical Pathology of the Thyroid. Volume 22 in the series Major Problems in Pathology, 1990 W.B. Saunders Co.

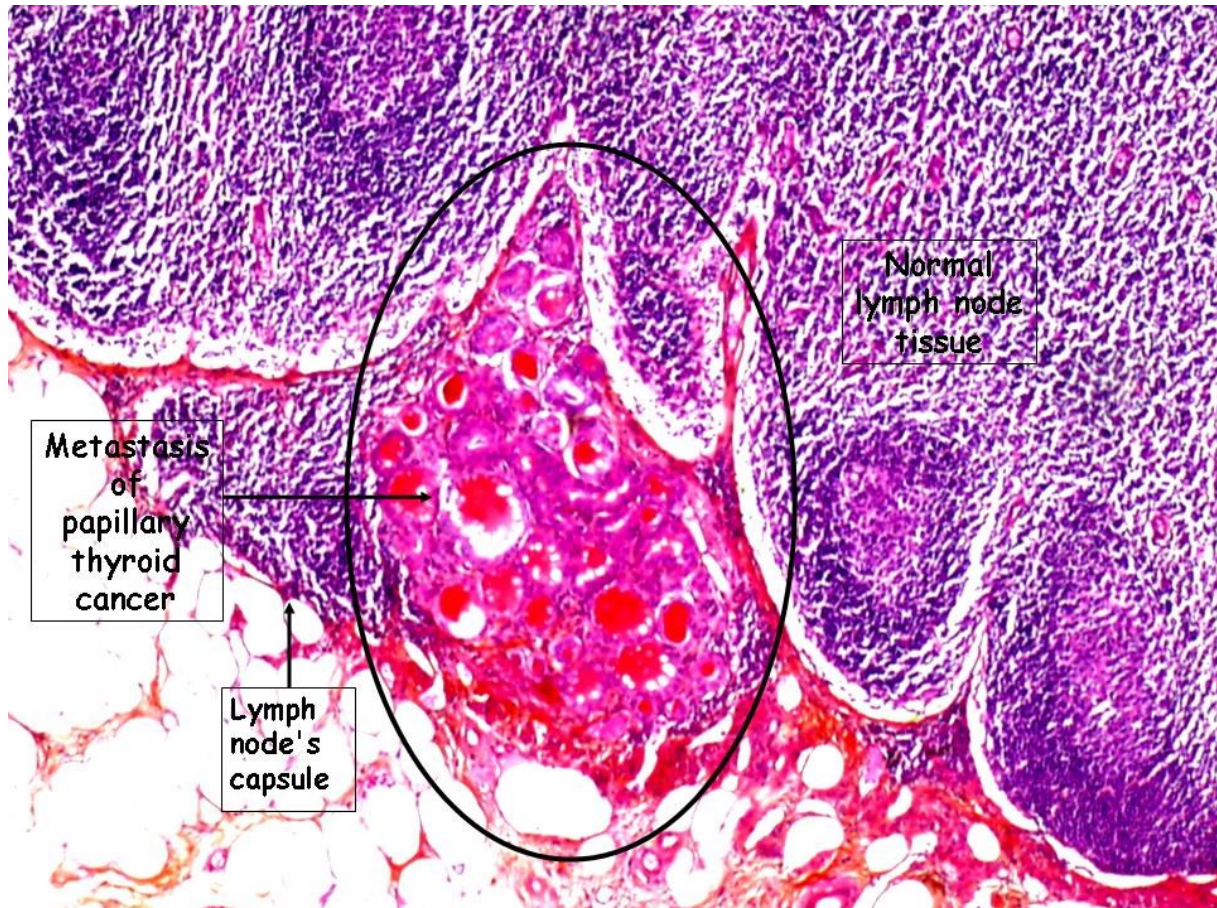
10. Resta L, Piscitelli D, Fiore MG, Di Nicola V, Fiorella ML, Altavilla A, Marzullo A.  
Incidental metastases of well-differentiated thyroid carcinoma in lymph nodes of patients with squamous cell head and neck cancer: eight cases with a review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004; 261:473-478.
11. Butler JJ, Tulinius H, Ibanez ML, Ballantyne AJ, Clark RL. Significance of thyroid tissue in lymph nodes associated with carcinoma of the head, neck or lung. *Cancer* 1967; 20:103-112.
12. Pacheco-Ojeda L, Micheau C, Luboinski B, Richard J, Travagli JP, Schwaab G, Marandas P. Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract associated with well-differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Laryngoscope* 1991; 101:421-424.
13. Moore BA, Duncan IM, Burkey BB, Day T. Incidental metastatic papillary thyroid carcinoma in microvascular reconstruction. *Laryngoscope* 2002; 112:2170-2177.



## FIGURE

Figure 1 : Métastase ganglionnaire d'un carcinome papillaire de la thyroïde.

Coloration HES, x 200.



## TABLEAU 1

Tableau 1 : Patients, statut du CE-VADS, résultats histopathologiques et suivi.

CE-VADS = carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures; \*= RT (radiothérapie); N+= métastase ganglionnaire cervicale thyroïdienne; T+= carcinome thyroïdien; TT= thyroïdectomie totale; 1/2T= lobectomie thyroïdienne; VI= curage cervical du groupe VI; NE = non évolution de la maladie.

| <i>Patient</i> | <i>Age</i> | <i>Sexe</i> | <i>Localisation de la tumeur primitive</i> | <i>Statut TNM du CETC</i> | <i>Analyse histopathologique de la métastase thyroïdienne</i>              | <i>Niveau N+ atteint par la métastase thyroïdienne</i> | <i>Traitement de la thyroïde et du niveau VI / Résultats histologiques</i> | <i>Suivi (mois)</i> |
|----------------|------------|-------------|--|---------------------------|--|--|--|---------------------|
| 1              | 58         | M           | Supraglotte                                | T1M0N0                    | N+ métastase thyroïdienne (8x7mm, <10%)                                    | IIA  | TT+VI: T-N-  | ASM 64              |
| 2              | 56         | M           | Supraglotte                                | T2NM0                     | N+ carcinome thyroïdien papillaire (30x5mm, <5%)                           | III  | TT+VI: T-N-  | ASM 57              |
| 3              | 60         | M           | Plancher buccal                            | T2N0M0                    | N+ métastase thyroïdienne (2x2mm, 7%)                                      | IV   | TT: T-   | ASM 41              |
| 4              | 74         | M           | Sinus piriforme*                           | T4N2bM0                   | N+ carcinome thyroïdien papillaire (3x2mm, <5%, atteint aussi par le CETC) | IIB  | Pas de chirurgie   | ASM 58              |
| 5              | 63         | M           | Sinus piriforme*                           | T3N1M0                    | N+ carcinome thyroïdien papillaire (3x2mm, 3%)                             | III  | Pas de chirurgie   | Décédé 31           |
| 6              | 51         | M           | Supraglotte*                               | T1N2aM0                   | N+ carcinome thyroïdien papillaire (20x7mm, 10%) (3x2mm, 40%)              | IIA, III   | Pas de chirurgie   | ASM 46              |
| 7              | 75         | M           | Sinus piriforme*                           | T3N3M0                    | N+ carcinome thyroïdien papillaire (10x6mm, 1%)                            | III  | Pas de chirurgie   | Décédé 25           |
| 8              | 63         | M           | Sinus piriforme*                           | T4N0M1                    | N+ métastase thyroïdienne (5mm, <10%)                                      | IV   | Pas de chirurgie   | Décédé 17           |
| 9              | 62         | M           | Glotte*                                    | T4N0M0                    | N+ carcinome thyroïdien papillaire (48x10mm, 2%)                           | IIB  | Pas de chirurgie   | ASM 35              |
| 10             | 53         | M           | Supraglotte*                               | T3N1M0                    | N+ carcinome thyroïdien papillaire (6X3mm, 10%)                            | IIA  | Pas de chirurgie   | Décédé 11           |
| 11             | 60         | M           | Cavité buccal*                             | T3N2bM0                   | N+ métastase thyroïdienne (5x3mm, 3%)                                      | IV   | Pas de chirurgie   | ASM 36              |
| 12             | 63         | M           | Supraglotte                                | T2N0M0                    | N+ métastase thyroïdienne (28X28mm, 3%)                                    | IIA  | Pas de chirurgie   | ASM 37              |
| 13             | 66         | M           | Cavité buccal*                             | T2N1M0                    | N+ métastase thyroïdienne (5mm, <10%)                                      | III  | Pas de chirurgie   | ASM 71              |
| 14             | 66         | M           | Langue                                     | T1N0M0                    | N+ métastase thyroïdienne (8X6mm, 5%)                                      | III  | Pas de chirurgie   | ASM 59              |
| 15             | 59         | M           | Glotte                                     | T2N0M0                    | N+ carcinome thyroïdien papillaire (14X5mm, 10%)                           | IIB  | TT+VI: T+N+ / <sup>131</sup> I   | ASM 58              |
| 16             | 62         | F           | Cavité buccal*                             | T3N3M0                    | N+ métastase thyroïdienne (11X5mm, 2%)                                     | III  | Pas de chirurgie   | Décédée 14          |
| 17             | 74         | M           | Glotte*                                    | T3N2M0                    | N+ carcinome thyroïdien papillaire (5mm, 10%)                              | IV   | Pas de chirurgie   | ASM 65              |
| 18             | 50         | M           | Glotte                                     | T3N0M0                    | N+ carcinome thyroïdien papillaire (5X2mm, <5%)                            | III  | Pas de chirurgie   | ASM 72              |
| 19             | 42         | M           | Plancher buccal                            | T2N0M0                    | N+ carcinome thyroïdien papillaire (5X4mm, 2%)                             | IIA  | 1/2T+VI: T-N-  | ASM 33              |
| 20             | 65         | M           | Cavité buccale*                            | T3N2bM1                   | N+ carcinome thyroïdien papillaire (4X5mm, 2%)                             | IIA, III   | Pas de chirurgie   | Décédé 6            |
| 21             | 44         | M           | Supraglotte*                               | T1N3M0                    | N+ carcinome thyroïdien papillaire (12X2mm, 2%)                            | III  | Pas de chirurgie   | ASM 27              |

CETC = carcinome épidermoïde cervico-facial; \*= RT (radiothérapie); N+= métastase cervicale thyroïdienne; T+= carcinome thyroïdien; TT= thyroïdectomie totale; 1/2T= lobectomie thyroïdienne; VI= curage ganglionnaire cervical du VI<sup>ième</sup> niveau; ASM = aucun signe de maladie.