

Prise de position du Groupe de chirurgie endocrinienne de la Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie- Chirurgie cervico-faciale sur les rapports de biopsie à l'aiguille fine de la thyroïde:

Approbation du système de Bethesda pour les rapports de cytopathologie thyroïdienne

Manon Auger¹, Marc Pusztaszeri¹, Derin Caglar¹, Olga Gologan², Jérémie Berdugo², Richard J. Payne^{3,4}, Véronique-Isabelle Forest³, Alex Mlynarek³, Michael P. Hier³, Marco Mascarella⁴, Shamir Chandarana⁵, Robert Hart⁵, Paul Kerr⁶, Marie-Jo Olivier⁷, Anastasios Maniakas⁷, Danielle Beaudoin⁸, Paule Dupuis⁹, Vance Tsai¹⁰, Jamie Tibbo¹¹, Pierre-Hugues Fortier¹², Eitan Prisman¹³, Kristian MacDonald¹⁴, Kristen Mead¹⁵, Matthew Rigby¹⁶, Tim Wallace¹⁷, Martin Bullock¹⁸, Fadi Brimo¹, Yonca Kanber¹, Rania Ywakim¹⁹

1. Department of Pathology, McGill University
2. Département de Pathologie, Université de Montréal
3. Department of Otolaryngology – Head and Neck Surgery, Jewish General Hospital
4. Department of Otolaryngology – Head and Neck Surgery - McGill University Health Centre
5. Section of Otolaryngology – Head and Neck Surgery – University of Calgary
6. Department of Otolaryngology – Head and Neck Surgery – University Manitoba
7. Département de Chirurgie - Division Otorhinolaryngologie Chirurgie Cervico-Faciale – Université de Montréal
8. Département Otorhinolaryngologie Chirurgie Cervico-Faciale – Université Laval
9. Département de Chirurgie - Division Otorhinolaryngologie Chirurgie Cervico-Faciale – Hôpital Pierre-Boucher
10. Department of Surgery – Division of Otolaryngology – Head and Neck Surgery – Abbotsford Hospital and Regional Cancer Centre British Columbia
11. Department of Surgery – Division of Otolaryngology – Head and Neck Surgery – Memorial University of Newfoundland
12. Département de Chirurgie – Service Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale – Université de Sherbrooke
13. Department of Surgery – Division of Otolaryngology – Head and Neck Surgery – University of British Columbia
14. Department of Otolaryngology - Queen Elizabeth Hospital - Charlottetown, Prince Edward Island
15. Department of Pathology - Queen Elizabeth Hospital - Charlottetown, Prince Edward Island
16. Department of Surgery – Division of Otolaryngology – Head and Neck Surgery – Dalhousie University
17. Department of Surgery – Division of Otolaryngology – Head and Neck Surgery – Cumberland Regional Health Care Center, New Brunswick
18. Department of Pathology – Dalhousie University
19. Department of Surgery – Division of Otolaryngology – Head and Neck Surgery – Lakeshore General Hospital, Quebec

“The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology” (TBSRTC), deuxième édition qui a été publiée en 2018, a été largement mis en œuvre dans le monde, incluant au Canada et il a été également approuvé par la “American Thyroid Association”. Selon la prise de position actuelle, le groupe de chirurgie endocrinienne de la Société d’Otolaryngologie-Chirurgie Cervico-Faciale (CSOHN) confirme qu’il approuve le TBSRTC, qui devrait être utilisé pour rapporter les diagnostics de biopsie à l’aiguille fine de la thyroïde au Canada. La prise de position actuelle, à l’instar de celle de la Société Canadienne de Cytopathologie, peut être utilisée afin d’encourager l’utilisation du TBSRTC par les pathologistes qui n’y adhèrent pas encore à ce jour.¹

Le TBSRTC a été créé pour fournir un système de rapports uniforme avec normalisation des critères diagnostiques cytologiques et de la terminologie qui devraient finalement se traduire par l'amélioration du diagnostic et des soins des patients. La deuxième édition du TBSRTC (TBSRTC II) a été ajustée pour tenir compte de nouvelles données fondées sur des données probantes depuis la publication de sa première édition en 2010, notamment : a) l'incorporation du "Non-Invasive Follicular Thyroid Neoplasm with Papillary-like Nuclear Features" (NIFTP), nécessitant une approche plus conservatrice au diagnostic cytologique de carcinome papillaire de la thyroïde (PTC), b) risque révisé de malignité (ROM) pour chaque catégorie diagnostique, et c) mise à jour des lignes directrices de gestion de "l'American Thyroid Association" pour les nodules thyroïdiens et le cancer. Ce qui suit est un bref résumé de la terminologie diagnostique du TBSRTC; des explications sur les critères diagnostiques et des illustrations se trouvent dans l'atlas du TBSRTC.²

Chaque rapport de FNA thyroïdien devrait inclure l'une des six catégories diagnostiques suivantes : (I) Non-diagnostique ou Insatisfaisant, (II) Bénin ; (III) Atypie d'importance indéterminée (AUS) ou Lésion folliculaire d'importance indéterminée (FLUS); (IV) Néoplasme folliculaire ou néoplasme folliculaire suspecté; V) Suspect pour malignité; et (VI) Malin. Il convient de noter que, bien que les catégories diagnostiques numériques (c.-à-d. I à VI) peuvent être énumérées dans le rapport cytologique, elles ne peuvent pas être utilisées comme «autonome ». En outre, bien qu'il existe un choix de deux noms différents pour les catégories I, III et IV, un laboratoire ne devrait adopter qu'un seul libellé pour chaque catégorie afin de minimiser la confusion.

Pour la plupart des catégories, la sous-catégorisation (voir le tableau I) est encouragée, comme il est possible de fournir de l'information cliniquement pertinente qui peut mieux guider la prise en charge; cependant, cela reste facultatif. Les commentaires complémentaires, la liste du ROM et la prise en charge clinique suggérée sont également facultatifs, laissés à la discrétion du (cyto)pathologiste, selon les pratiques locales. (voir tableau II).

Bien que la deuxième édition du TBSRTC soit la version qui devrait être utilisée au moment de la publication de prise de position actuelle, il est prévu qu'une troisième édition avec d'autres modifications seront publiées à l'avenir et que cette future version devra être priorisée.

Références

1. <https://cytopathology.ca/wp-content/uploads/2019/07/Bethesda-system-memo.pdf>
2. Ali SZ, Cibas ES. The Bethesda System for reporting thyroid cytopathology: definitions, criteria and explanatory notes. 2nd ed. New York, NY: Springer 2018, 236p.

Tableau I: Classification et sous-classifications suggérées pour chaque catégories diagnostiques.

<p>I. Non-diagnostic ou Insatisfaisant</p> <p>Fluide cystique seulement</p> <p>Spécimen virtuellement non-cellulaire</p> <p>Autre (sang obscurcissant, artéfact d'assèchement, etc)</p>
<p>II. Bénin</p> <p>Nodule folliculaire bénin (incluant hyperplasie nodulaire, nodule colloïde, etc)</p> <p>Thyroïdite lymphocytaire</p> <p>Thyroïdite granulaumateuse</p> <p>Autre</p>
<p>III. Atypie à signification indéterminée (AUS) ou Lésion folliculaire à signification indéterminée (FLUS)</p> <p>AUS avec atypie architecturale</p> <p>AUS avec atypie nucléaire (cytologique)</p> <p>AUS avec atypie architecturale et nucléaire (cytologique)</p> <p>AUS avec type cellulaire Hürthle</p> <p>AUS, autre</p>

IV. Néoplasme folliculaire ou Néoplasme folliculaire suspecté

Spécifier si oncocytique (cellule type Hürthle) (i.e. Néoplasme de cellule Hürthle)

V. Malignité suspectée

Carcinome thyroïdien papillaire suspecté

Carcinome thyroïdien médullaire suspecté

Carcinome métastatique suspecté

Lymphome suspecté

Autre

VI. Malin

Carcinome Papillaire thyroïdien

Carcinome Médullaire thyroïdien

Carcinome thyroïdien Anaplastique

Malignité métastatique

Lymphome

Autre

Tableau II. Terminologie TBSRTC impliquant un ROM et gestion clinique recommandée

Catégorie Diagnostique	Prise en compte du risque de Malignité NIFTP (%)	Gestion habituelle
Non-Diagnostique ou Insatisfaisant	5-10	Répéter le FNA avec guidance à ultrasons
Bénin	0-3	<u>Suivi Clinique et sonographique</u>
Atypie de signifiante indéterminée ou Néoplasme Folliculaire a signifiante indéterminée	6-18	Répéter le FNA, lobectomie ou tests moléculaires
Néoplasme folliculaire suspecté	10-40	Lobectomie ou tests moléculaires
Malignité suspectée	45-60	Thyroïdectomie quasi-totale ou lobectomie
Malin	94-96	Thyroïdectomie quasi-totale ou lobectomie