

Le traitement du cancer

thyroïdien par iode radioactif: quelques informations pour accompagner le patient

Références:

1. Krom MCTM de et al. Carpal tunnel syndrome: prevalence in the general population. *J Clin Epidemiol* 1992;45:373-6.
2. Mondelli M, Giannini F, Giacchi M. Carpal tunnel syndrome incidence in a general population. *Neurology* 2002;58:289-294.
3. Olney RK. Carpal tunnel syndrome: complex issues with a "simple" condition. *Neurology* 2001;56:1431-1432.
4. Mesgarzadeh M, Schneck CD, Bonakdarpour A. Carpal tunnel: MR imaging. Part I. Normal anatomy. *Radiology* 1989;171:743-748.
5. Keir PJ, Bach JM, Rempel DM. Fingertip loading and carpal tunnel pressure: differences between a pinching and a pressing task. *Orthop Res* 1998;16:112-115.
6. Wilgis EF. Treatment options for carpal tunnel syndrome. *JAMA* 2002;288:10:1281-1282.
7. Stevens JC, et al. The frequency of carpal tunnel syndrome in computer syndrome in computer users at a medical facility. *Neurology* 2001;56:1568-1570.
8. Falkiner S, Myers S. Wen exactly can carpal tunnel syndrome be considered work-related? *ANZ J Surg* 2002;3:204-209.
9. Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, et al. Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA* 1999;282:153-158.
10. Stevens JC, Smith BE, Weaver AL, et al. Symptoms of 100 patients with electromyographically verified carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve* 1999;2:1448-1456.
11. Darcy CA, McGee S. Does this patient have Carpal tunnel syndrome? *JAMA*, 2000;283:3110-17.
12. Patterson JD, Simmons BP. Outcomes assessment in carpal tunnel syndrome. *Hand Clin* 2002;18:35-363.
13. Dammers JWHH, Veering MM, Vermeulen M. Injection with methylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised dubbel blind trial *BMJ* 1999;319:884-6.
14. Gerritsen AA, de Vet HC, Scholten RJ, et al. Splinting vs surgery in the treatment of carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:1245-1251.
15. Gerritsen MM, de Vet HCW de, Scholten RJPM, Bertelsmann FW, Krom MCTFM de, Bouter LM. Betere klinische effecten op carpale-tunnelsyndroom van operatie dan van spalkbehandeling; resultaten van een gerandomiseerd klinisch onderzoek. *NTvG* 2002;146:2153-56.
16. Arle JE, Zager EL. Surgical treatment of common entrapment neuropathies in the upper limbs. *Muscle Nerve* 2000;23:1160-1174.
17. Padua L, Padua R, Aprile J, et al. Multiperspective follow-up of untreated carpal tunnel syndrome: a multicenter study. *Neurology* 2001;56:1459-1466.

R. Amir

Coordination rédactionnelle:
M. Langendries

Après une thyroïdectomie pour cause de maladie cancéreuse, un traitement par iode radioactif est aujourd'hui le plus souvent administré. Quelles en sont les modalités pratiques ?

Lors d'une thyroïdectomie pour cause de maladie cancéreuse, une partie du tissu thyroïdien est systématiquement laissée en place. En effet, d'une part, la chirurgie s'attache consciemment à éviter l'endommagement d'organes voisins, dont les parathyroïdes. D'autre part, les résidus embryonnaires siégeant entre les anneaux de la trachée restent, de toute manière, à l'abri de l'excision.

Une radio-ablation post-chirurgicale du tissu résiduel est alors le plus souvent conseillée; elle fait appel à l'iode radioactif. Ce traitement permettra également de visualiser d'éventuels foyers de dissémination à distance, ceci au moyen d'une scintigraphie du corps entier réalisée quelques jours après la prise du radio-isotope.

L'iode-131 sera concentré dans les cellules thyroïdiennes. Il les détruira, a bas bruit, en un délai de quelques semaines, voire quelques mois. Il sera éliminé par plusieurs types d'excréta, dont principalement les urines.

Au bout de 48 heures, on estime que 90% de la dose administrée a ainsi quitté l'organisme. Les effets délétères du traitement sont très limités; les études publiées à ce jour n'ont pas montré d'augmentation significative de l'apparition d'autres cancers. Étant donné la faible dose utilisée, l'allergie à l'iode ne constitue pas une contre-indication. L'administration de ce traitement a lieu au cours d'une hospitalisation, généralement d'une durée de 5 à 8 jours.

Préparation

L'iode-131 ne pouvant être administré au cours de la grossesse, ce traitement nécessite, chez la femme jeune, le recours préalable à une contraception efficace.

Afin d'optimiser la fixation de l'iode, on renonce, après la thyroïdectomie, à l'administration d'une substitution hormonale, jusqu'à ce que, sous l'effet de l'hypothyroïdie subséquente, un taux suffisant de TSH soit atteint. Celui-ci s'installe le plus souvent en 4 à 6 semaines.

Radioprotection (*radiation protection*)- Thyroïdectomie (*thyroidectomy*)
Tumeur thyroïde (*thyroid neoplasms*)

L'absorption d'iode stable risque d'entrer en compétition avec celle du traitement administré; la consommation de fruits de mer et la prise de médicaments iodés sera dès lors évitée pendant les trois semaines qui précèdent le traitement.

Hospitalisation

L'entrée à l'hôpital a lieu la veille de l'administration de l'iode-131. À cette occasion, le patient sera logé dans une chambre radioprotégée, dont il ne pourra sortir pendant les premiers jours.

Le traitement est administré en une seule fois, sous forme d'une gélule à prendre par voie orale. Pendant les heures suivantes, le patient est invité à sucer des pastilles de vitamine C, afin de limiter la pénétration de l'iode dans les glandes salivaires. Si le résidu thyroïdien est important, un mal à la gorge peut apparaître pendant quelques jours, nécessitant éventuellement la prise d'anti-inflammatoires. Une modification transitoire du sens gustatif peut également être observée. Le traitement de substitution hormonale est repris 48 heures après l'administration de l'iode radioactif, corrigeant ainsi, en l'espace de quelques semaines, les signes d'hypothyroïdie.

Après d'un patient traité, les visites ne sont pas souhaitables avant 72 heures. Ensuite, elles le seront à raison de 15 minutes par personne par jour. Les enfants et les femmes enceintes ne sont pas autorisés à pénétrer en zone contrôlée.

Un contrôle de la radioactivité résiduelle est réalisé 3 jours après le traitement. Si l'ambiance radioactive est suffisamment faible, la sortie sera autorisée. Dans le cas contraire, le contrôle sera quotidiennement répété jusqu'à obtention de la dose de sortie acceptable. L'examen scintigraphique du corps entier est réalisé 4 à 8 jours après le traitement.

Mesures de radioprotection

Pendant l'hospitalisation, plusieurs consignes de radioprotection seront expliquées au patient, qui devraient être respectées également pendant les 8 premiers jours après la sortie:

- Ne pas partager avec d'autres des objets qui ont été en contact avec la bouche ou les sécrétions nasales.
- Manger avec des couverts en plastique, qui seront jetés après le premier usage.
- Utiliser des serviettes et mouchoirs en papier, qui seront jetés respectivement après le repas ou après le mouchage.
- Uriner en position assise, même pour les hommes.
- Essuyer avec du papier les éclaboussures éventuellement déposées sur la planche de la cuvette.
- Se laver soigneusement les mains après chaque repas et chaque passage aux toilettes.

Après la sortie d'hôpital, aucune restriction ne doit être imposée aux activités du patient. Pour les femmes en âge de procréer, une contraception efficace sera maintenue pendant l'année qui suit le traitement par iode radioactif.

Le Docteur Roland Amir travaille en tant que scintigraphiste au service de Médecine Nucléaire de l'hôpital Bonsecours de Namur



Radioprotection (radiation protection) - Thyroïdectomie (thyroidectomy)
Tumeur thyroïde (thyroid neoplasms)