

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2022

UNIVERSITÉ DE LILLE  
THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Analyse des pratiques des médecins généralistes des Hauts de  
France face à une masse cervicale rapidement progressive**

Présentée et soutenue publiquement le 04 octobre 2022 à 16h

au Pôle Formation

par **Juliette LIENARD**

---

**JURY**

**Présidente :**

**Madame le Professeur Marie-Christine VANTYGHEM**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Madame le Docteur Fanny SERMAN**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Arnaud JANNIN**

# Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



# Sigles

<b>AAO-HNS</b>	<i>American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery</i>
<b>ADP(s)</b>	Adénopathie(s)
<b>ANA</b>	Anticorps Anti-Nucléaires
<b>Anti-ENA</b>	<i>Anti-Extractable Nuclear Antigens</i> = anti-antigènes nucléaires solubles
<b>C. burnetii</b>	<i>Coxiella burnetii</i>
<b>CAT(s)</b>	Cancer(s) Anaplasique(s) de la Thyroïde
<b>CE</b>	Corps étranger
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier universitaire
<b>CMV</b>	Cytomégalovirus
<b>CNAM</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
<b>DPO</b>	Délégué à la Protection des données personnelles
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>EBV</b>	Epstein-Barr Virus
<b>TUTHYREF</b>	TUmeurs de la THYroïde REFractaires
<b>F. tularensis</b>	<i>Francisella tularensis</i>
<b>FAV</b>	Fistule Artério-Veineuse
<b>HPV</b>	Papillomavirus Humain
<b>IFOP</b>	Institut Français d'Opinion Publique
<b>IQR</b>	<i>Interquartile range</i> = intervalle interquartile
<b>IRM = MRI</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>MAV</b>	Malformation Artério-Veineuse

<b>MC(s)</b>	Masse(s) Cervicale(s)
<b>MCRP(s)</b>	Masse(s) Cervicale(s) Rapidement Progressive(s)
<b>MG(s)</b>	Médecine générale/Médecin(s) Généraliste(s)
<b>MNI</b>	Mononucléose Infectieuse
<b>MSU</b>	Maître(s) de Stage Universitaire(s)
<b>NFS</b>	Numération Formule Sanguine
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PAPS</b>	Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé national
<b>PTH</b>	Parathormone
<b>S. aureus</b>	Staphylococcus aureus
<b>S. pyogenes</b>	Streptococcus pyogenes
<b>SAU</b>	Service d'accueil des urgences
<b>SCM</b>	Sterno-Cléido-Mastoïdien
<b>T. pallidum</b>	Treponema pallidum
<b>TDM = CT</b>	Tomodensitométrie
<b>TEP-TDM</b>	Tomographie par Émission de Positons - Tomodensitométrie
<b>TNM</b>	<i>Tumor, Node, Metastasis</i>
<b>TSH</b>	Thyréostimuline
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>VS</b>	Vitesse de sédimentation

# Sommaire

<u>Avertissement</u> .....	2
<u>Sigles</u> 4	
<u>Sommaire</u> .....	6
<u>Résumé</u> .....	9
<u>Introduction</u> .....	11
<u>1 Masses cervicales</u> .....	11
<u>1.1 Définition, anatomie et épidémiologie</u> .....	11
<u>1.2 Étiologies des masses cervicales</u> .....	12
<u>1.2.1 Les différentes étiologies</u> .....	12
<u>1.2.2 Facteurs à prendre en considération</u> .....	15
<u>1.3 Recommandations en vigueur dans la prise en charge des masses cervicales</u> 16	
<u>2 Masses cervicales rapidement progressives</u> .....	20
<u>3 Cancers thyroïdiens</u> .....	21
<u>3.1 Épidémiologie des cancers thyroïdiens en 2018 en France métropolitaine</u> .	21
<u>3.2 Les différents types histologiques et leur épidémiologie</u> .....	21
<u>4 Le cancer anaplasique de la thyroïde</u> .....	22
<u>4.1 Définition et épidémiologie du cancer anaplasique de la thyroïde (incidence et données de survie)</u> .....	22
<u>4.2 Présentation clinique, biologique et morphologique</u> .....	22
<u>4.3 Confirmation diagnostique et bilan d'extension</u> .....	23
<u>4.4 Prise en charge thérapeutique selon le stade du cancer anaplasique de la thyroïde</u> .....	24
<u>4.4.1 Stadification du cancer anaplasique de la thyroïde</u> .....	24
<u>4.4.2 Prise en charge thérapeutique</u> .....	24
<u>5 Questionnement, hypothèses et objectifs de l'étude</u> :	24
<u>Matériel et méthodes</u> .....	26
<u>1 Objectifs de l'étude</u> .....	26
<u>2 Design/méthodologie de l'étude</u> .....	26
<u>3 Critères de jugement</u> .....	26
<u>4 Population de l'étude</u> .....	27
<u>4.1 Critères d'inclusion</u> :	27
<u>4.2 Critères d'exclusion</u> :	27
<u>5 Analyse statistique</u> .....	28

6	<u>Cadre réglementaire</u> .....	28
	<u>Résultats</u> .....	29
1	<u>Description de la population et des interventions</u> .....	29
1.1	<u>Flowchart</u> .....	29
2	<u>Caractéristiques des praticiens</u> .....	29
3	<u>Masses cervicales rapidement progressives</u> .....	30
3.1	<u>Diagnostics évoqués</u> .....	32
3.2	<u>Signes de gravité recherchés</u> .....	36
3.3	<u>Prise en charge diagnostique</u> .....	37
3.3.1	<u>Examens complémentaires prescrits :</u> .....	37
3.3.2	<u>Orientation chez un spécialiste (hors médecine générale)</u> .....	38
3.3.3	<u>Délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (hors médecine générale)</u> .....	38
3.4	<u>Ressenti du praticien face à une masse cervicale rapidement progressive</u> .	41
4	<u>Cancer anaplasique de la thyroïde</u> .....	41
	<u>Discussion</u> .....	42
1	<u>Remise dans le contexte</u> .....	42
2	<u>Discussion des résultats</u> .....	42
2.1	<u>Modalités de prise en charge d'une masse cervicale rapidement progressive par les médecins généralistes</u> .....	44
2.2	<u>Ressenti des médecins généralistes face à une masse cervicale rapidement progressive</u> .....	46
2.3	<u>Autour du cancer anaplasique de la thyroïde</u> .....	46
3	<u>Discussion de la méthode</u> .....	47
4	<u>Forces et limites de l'étude</u> .....	47
4.1	<u>Forces</u> .....	47
4.2	<u>Limites</u> .....	47
5	<u>Perspectives</u> .....	48
	<u>Conclusion</u> .....	50
	<u>Liste des tableaux</u> .....	51
	<u>Liste des figures</u> .....	52
	<u>Références</u> .....	53
	<u>Annexe 1 – Classification OMS 2017 des cancers thyroïdiens</u> .....	58
	<u>Annexe 2 – Classification TNM du cancer anaplasique de la thyroïde d'après l'article Cancer anaplasique de la thyroïde de A. Jannin et al.[40]</u> .....	59
	<u>Annexe 3 - Questionnaire</u> .....	60





# Résumé

**CONTEXTE** : Les masses cervicales rapidement progressives (MCRPs) sont un motif fréquent de consultation en médecine générale (MG) pouvant être le premier symptôme d'étiologies nécessitant un diagnostic urgent, notamment le cancer anaplasique de la thyroïde (CAT). L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux permettant d'appréhender la démarche diagnostique actuelle appliquée aux MCRPs et la filière de soins proposée par les médecins généralistes (MGs) des Hauts de France. Nous en rapportons pour la première fois un aperçu.

**MATERIEL ET METHODES** : Un questionnaire en ligne a été envoyé aux 350 MGs exerçant la fonction de maître de stage universitaire (MSU) dans les Hauts de France. Les questions s'intéressaient aux connaissances et pratiques actuelles des MGs face à une MCRP dont le CAT.

**RESULTATS** : Deux cent six MGs ont répondu à notre questionnaire, principalement des hommes (66.5%), d'un âge médian à 46,9 ans (IQR 36,7 – 58,9) ayant une pratique libérale exclusive (94.7%). Les premiers cadres étiologiques proposés étaient : pathologie néoplasique (43.9% dont 12.8% de cancers thyroïdiens), tumeur bénigne (17.1%), pathologie infectieuse (15.2%), pathologie inflammatoire (2.4%), pathologie vasculaire (0.6%) et d'autres pathologies (20.8%). Le premier examen complémentaire prescrit était l'échographie cervicale associée ou non à d'autres examens (78.9%). L'endocrinologue était le premier médecin vers qui les MGs orientaient leur patient (16.1%) en regard d'un délai médian d'obtention de rendez-vous à 69,4 jours. Bien que la majorité des MGs eût déjà été confrontée à une MCRP (57.1%), 53.4% ne se sentaient pas à l'aise face à cette situation et la majorité (63.2%) était intéressée par une formation. Quarante-six virgule six pour cent des MGs ont déclaré ne pas connaître le CAT. Parmi ceux le connaissant, 33.3% en avaient suivi personnellement. La médiane de survie supposée parmi les MGs s'étant prononcés (38.5%) était de 1 an.

**CONCLUSION** : Des discordances de prise en charge ont été mises en évidence en regard des recommandations en vigueur face à une masse cervicale (MC) concernant notamment les examens complémentaires prescrits et l'orientation du patient pourtant essentiels à un diagnostic rapide. Du fait de la grande fréquence des MCRPs en MG et de la carence de connaissances mise en évidence au cours de cette étude, le

développement d'une formation et/ou d'un parcours de soins dédié aux MCRPs semblent judicieux. Par ailleurs, davantage de connaissances du CAT pourrait améliorer le parcours diagnostique et ainsi accélérer la prise en charge de cette pathologie gravissime. Cela nous conforte dans l'idée du besoin de développer un parcours dédié aux CATs accessible aux praticiens de première ligne.

**Mots clés** : masse cervicale, médecine générale, parcours de soins, état des lieux, cancer anaplasique de la thyroïde.

# Introduction

## Masses cervicales

### Définition, anatomie et épidémiologie

Une masse cervicale (MC) se définit par une masse se développant dans l'un des deux triangles cervicaux principaux qui comprennent (figure 1)[1,2] :

- Le triangle cervical antérieur, délimité en avant par la ligne médiane du cou, en haut par le bord inférieur de la mandibule et en arrière par le bord antérieur du muscle sternocléidomastoïdien (SCM). Il comprend le triangle carotidien, le triangle sous-mandibulaire, le triangle musculaire et le triangle sous-mentonnier[1]. Plusieurs éléments le composent :
  - Un système vasculaire :
    - Système des artères carotides : artères carotides commune, interne et externe avec ses collatérales (artère pharyngienne ascendante, occipitale, auriculaire postérieure, thyroïdienne supérieure, linguale et faciale), sinus et glomus carotidien[3,4] ;
    - Système veineux : veine jugulaire interne et ses affluents (veines faciale, linguale, pharyngienne, rétro-mandibulaire, thyroïdiennes supérieure, moyenne et inférieure), veine rétro-mandibulaire et veine jugulaire antérieure qui rejoignent la veine jugulaire externe dans le triangle postérieur [5–7] ;
  - Un système ganglionnaire : aires ganglionnaires submentale (aire Ia), submandibulaire (aire Ib), jugulaires supérieure, moyenne et inférieure (aires IIa, IIb, III et IV) et antérieure (aire VI). Les zones de drainage correspondantes sont détaillées dans le tableau 1 (tableau 1, figure 2)[2,8] ;
  - Un système organique : glande thyroïde, glandes parathyroïdes, glandes salivaires submandibulaires et sublinguales, larynx, trachée, pharynx et œsophage[9] ;
  - De systèmes nerveux et musculaire non détaillés dans ce travail ;
- Le triangle cervical postérieur, délimité en avant par la face postérieure du muscle SCM, en arrière par le bord antérieur du muscle trapèze et en bas par

la clavicule. Il comprend le triangle occipital et le triangle sus-claviculaire (figure 1)[1]. Il est composé :

- D'un système vasculaire :
  - Système artériel : tronc costo-cervical se divisant en artère intercostale et artère cervicale profonde, artère vertébrale[4] ;
  - Système veineux : veine jugulaire externe et ses affluents (veines supra-scapulaire, transverse du cou, auriculaire postérieure et occipitale), veine médiane de la nuque, veine cervicale profonde, veine vertébrale et ses affluents (veines intercostale et vertébrale antérieure) et veine vertébrale accessoire[5–7] ;
- D'un système ganglionnaire : aires ganglionnaires postérieures (aires Va et Vb). Les zones de drainage correspondantes sont détaillées dans le tableau 1 (tableau 1, figure 2)[2,8] ;
- De systèmes nerveux et musculaire non détaillés dans ce travail ;
- La colonne vertébrale occupe le triangle postérieur[3,9].

**Tableau 1 : Localisation et drainage des ganglions cervicaux[8]**

<b>Aire ganglionnaire</b>	<b>Sites correspondants</b>
<b>Submentale (Ia)</b>	Plancher buccal, partie antérieure de la langue et de la mandibule, lèvre inférieure et gencives
<b>Sub-mandibulaire (Ib)</b>	Cavité orale, plancher buccal, partie antérieure de la cavité nasale, parties molles du visage, glande sub-mandibulaire
<b>Jugulaires supérieures (IIa et IIb)</b>	Cavité nasale et orale, pharynx, larynx, parotide
<b>Jugulaire moyenne (III)</b>	Cavité orale, pharynx, larynx
<b>Jugulaire inférieure (IV)</b>	Pharynx, larynx, œsophage cervical, thyroïde
<b>Postérieure (V)</b>	Naso et oropharynx, régions postérieures du scalp et de la peau du cou
<b>Antérieure (VI)</b>	Thyroïde, larynx glottique et sus-glottique, sinus piriforme, œsophage cervical

Les masses cervicales (MCs) sont un motif fréquent de consultation en médecine générale (MG)[1,10–12]. Nous manquons cependant de données précises concernant leur incidence et prévalence.

## **Étiologies des masses cervicales**

### **Les différentes étiologies**

Les deux tableaux suivants (tableau 2 et tableau 3) énumèrent les différentes étiologies possibles d'une MC en fonction de sa localisation[1,11–16].

Tableau 2 : Étiologies des masses cervicales toutes zones confondues

Étiologies bénignes	Étiologies malignes
<p><b><u>Pathologies congénitales :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygroma kystique</li> <li>- Malformations vasculaires (lymphangiome, FAV, hémangiome)</li> </ul> <p><b><u>Pathologies infectieuses :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ADP bactérienne (bartonellose, brucellose, S. pyogenes, S. aureus, T. pallidum, C. burnetii, F. tularensis)</li> <li>- ADP virale (EBV, CMV, VIH, rougeole, rubéole)</li> <li>- ADP parasitaire (toxoplasmose, leishmaniose)</li> <li>- ADP mycosique (histoplasmose, blastomycose, coccidiomycose)</li> <li>- ADP granulomateuse (tuberculose)</li> <li>- Abscesses ou infections profondes (étiologies salivaire, dentaire ou traumatique)</li> </ul> <p><b><u>Pathologies inflammatoires :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ADP granulomateuse (réaction à un CE)</li> <li>- Kyste sébacé</li> </ul> <p><b><u>Pathologies systémiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie de Sjögren</li> <li>- Maladie de Castleman</li> <li>- Maladie de Kikuchi</li> <li>- Amylose</li> <li>- Maladie de Rosai-Dorfman</li> <li>- Maladie de Kimura</li> <li>- Sarcoïdose</li> </ul> <p><b><u>Pathologies traumatiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hématome</li> </ul> <p><b><u>Pathologies tumorales bénignes :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lipome</li> <li>- Histiocytose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lymphome</li> <li>- Liposarcome</li> <li>- Cancer cutané (mélanome, carcinome épidermoïde)</li> </ul>

FAV : fistule artério-veineuse ; ADP : adénopathie ; S. pyogenes : Streptococcus pyogenes ; S. aureus : Staphylococcus aureus ; T. pallidum : Treponema pallidum ; C. burnetii : Coxiella burnetii ; F. tularensis : Francisella tularensis ; EBV : virus Epstein-Barr ; CMV : cytomégalovirus ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; CE : corps étranger.

Les étiologies spécifiques au triangle postérieur sont les métastases du nasopharynx et du scalp[13].

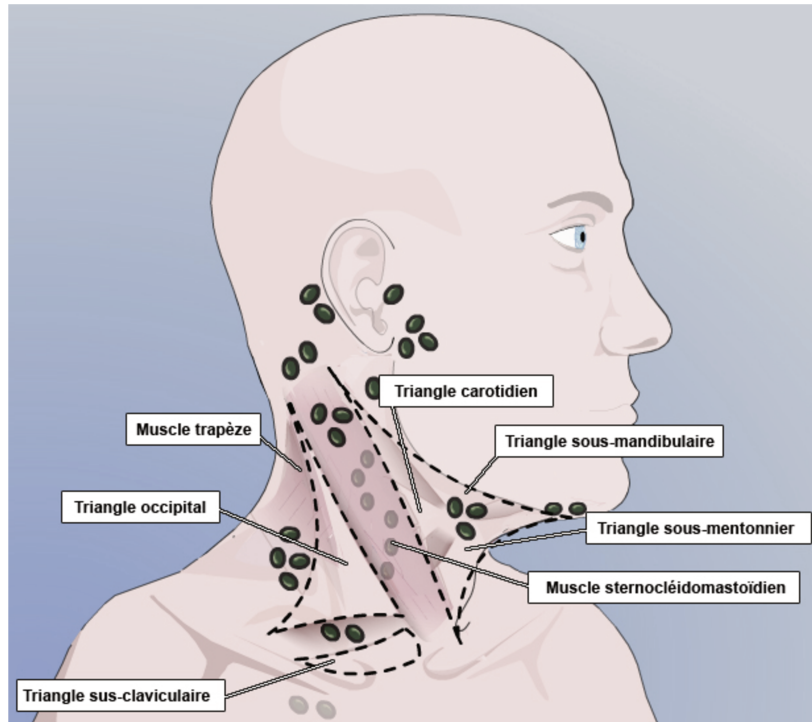


Figure 1 : Anatomie du cou d'après palli-science[2]

Tableau 3 : Étiologies des masses cervicales spécifiques au triangle antérieur et à la ligne médiane

Étiologies bénignes	Étiologies malignes
<p><b>Pathologies congénitales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kyste du tractus thyroïdienne</li> <li>- Kyste dermoïde</li> <li>- Laryngocèle</li> <li>- Kyste de la fente branchiale</li> <li>- Kyste ou reliquat thymique</li> <li>- Sialadénopathie</li> <li>- Kyste bronchogénique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer thyroïdien (bien différencié, peu différencié, anaplasique, médullaire...)</li> <li>- Tératome</li> <li>- Carcinome parathyroïdien</li> <li>- Carcinome épidermoïde des voies aéro-digestives supérieures</li> <li>- Métastases (oropharynx, cavité orale, hypopharynx, larynx, sinus nasaux, face)</li> <li>- Tumeurs veineuses primaires (tumeur du corps carotidien, tumeur du glomus jugulaire)</li> <li>- Tumeurs neurogènes</li> <li>- Tumeur parotidienne</li> <li>- Tumeurs salivaires</li> </ul>
<p><b>Pathologies infectieuses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sialadénite aiguë ou chronique</li> </ul>	
<p><b>Pathologies inflammatoires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sialolithiase</li> </ul>	
<p><b>Pathologies thyroïdiennes bénignes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nodule</li> <li>- Adénome</li> <li>- Goitre</li> <li>- Hématocèle thyroïdienne</li> </ul>	
<p><b>Pathologies parathyroïdiennes bénignes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kyste</li> <li>- Adénome</li> </ul>	
<p><b>Pathologies traumatiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pseudo-anévrisme</li> </ul>	

## **Facteurs à prendre en considération**

Ci-dessous sont présentés les facteurs permettant au médecin généraliste (MG) de s'orienter face à une MC[13].

### ***Âge du patient***

L'âge du patient présentant une MC sera déterminant dans l'orientation diagnostique[13].

Chez l'enfant (0 – 15 ans), les étiologies inflammatoires sont les plus fréquentes, suivies des étiologies congénitales puis viennent les néoplasies malignes et enfin les néoplasies bénignes[13].

Chez l'adolescent et l'adulte jeune (16 – 40 ans), les étiologies inflammatoires sont également les plus fréquentes, suivies des étiologies congénitales. Les néoplasies sont cette fois-ci plus fréquemment bénignes que malignes[13].

Chez l'adulte de plus de 40 ans, la néoplasie maligne sera à évoquer en première intention devant une MC, et ce d'autant que cette masse cervicale est rapidement progressive (MCRP) étant donné sa gravité et son urgence de prise en charge[13]. Les autres étiologies à évoquer après les néoplasies malignes sont les néoplasies bénignes, les étiologies inflammatoires puis les étiologies congénitales[13].

### ***Localisation de la masse cervicale***

La localisation de la MC guidera le MG dans sa prise en charge diagnostique (figure 1)[13].

S'il s'agit d'une adénopathie (ADP), il faudra définir à quel groupe elle appartient pour en déterminer son origine (figure 2 et tableau 1)[2]. Il faudra également repérer les éléments orientant vers une origine néoplasique : consistance dure, adhésion au plan profond, caractère indolore et/ou non inflammatoire, localisation sus-claviculaire, association à une hépato-splénomégalie, de la fièvre, des sueurs nocturnes et/ou une perte de poids, évolution supérieure à un mois, ADP volumineuse (> 2cm) et/ou augmentant rapidement de volume sans porte d'entrée infectieuse associée[17].

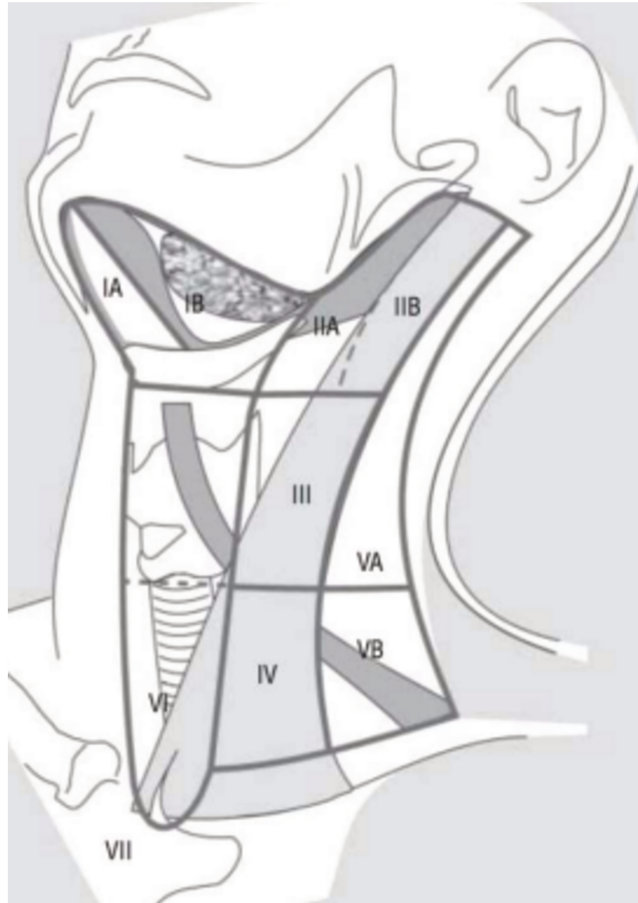


Figure 2 : Ganglions de la tête et du cou d'après Robbins[7]

## Recommandations en vigueur dans la prise en charge des masses cervicales

L'American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) a publié en 2017 un guide de pratique clinique sur l'évaluation de la MC chez l'adulte ([figure 3](#))[10]. Il est tout d'abord nécessaire d'éliminer un processus infectieux. En cas d'infection bactérienne, on pourra mettre en place un traitement par antibiotique. Dans tous les cas, si une antibiothérapie a été prescrite, la persistance de la MC à deux semaines doit amener à réaliser des examens complémentaires afin de ne pas méconnaître un processus néoplasique[10].

En l'absence de contexte infectieux, il est nécessaire d'identifier les patients ayant un risque accru de présenter une étiologie néoplasique du fait soit :

- Des antécédents du patient : âge > 40 ans, tabagisme, consommation chronique d'alcool, immunodépression, infection au papillomavirus humain (HPV), partenaires multiples, antécédent de cancer de la tête et du cou ;



- De la présentation clinique : absence de contexte infectieux, masse évoluant depuis au moins 2 semaines ou de durée inconnue ;
- Des caractéristiques de la MC : fixation aux tissus adjacents, consistance ferme, taille > 1,5cm, ulcération de la peau sus-jacente ;
- Des symptômes associés : dysphonie, otalgie, surdité, ulcération des muqueuses, dyspnée, odynophagie, dysphagie, perte pondérale, hémoptysie, épistaxis unilatérale, congestion nasale, sueurs nocturnes, fièvre ;
- Des signes cliniques : ulcérations cutanéomuqueuses, lésions cutanéomuqueuses pigmentées, perte de la mobilité linguale, asymétrie amygdalienne [10].

La détermination de ces critères suspects de malignité a pour objectif un diagnostic plus précoce en donnant la priorité aux examens complémentaires pour les patients concernés [10]. En l'absence de critères suspects de malignité, le MG se doit d'informer le patient des signes devant l'amener à reconsulter et par ailleurs s'assurer de la résolution de la MC[10]. En cas de risque accru de malignité, les patients doivent être informés des diagnostics possibles et de l'importance de réaliser des examens complémentaires et/ou consultations spécialisées pour établir le diagnostic étiologique.

Concernant les examens complémentaires à réaliser devant une MC à risque de malignité, les médecins généralistes (MGs) doivent prescrire une tomodensitométrie (TDM) cervicale ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) avec injection de produit de contraste. Ces examens ont pour objectif de localiser et caractériser la MC[10]. La tomographie par émission de positons-tomodensitométrie (TEP-TDM) sera à réserver aux patients chez qui une tumeur maligne aura déjà été diagnostiquée[10]. L'échographie est indiquée en première intention en cas de forte suspicion de pathologie thyroïdienne ou salivaire, en cas de délai de rendez-vous trop important pour la TDM ou l'IRM, en cas de contre-indication aux produits de contraste ou en complément pour accélérer une prise en charge nécessitant une biopsie par cytoponction à l'aiguille fine[10]. Cette dernière doit être réalisée parallèlement à la réalisation des examens complémentaires sus-cités. La cytoponction à l'aiguille fine avec les analyses complémentaires éventuelles (analyse cytologique, recherche du virus HPV, immunophénotypage tumoral) réalisées sur l'échantillon permettent le diagnostic de malignité pour le carcinome thyroïdien, le lymphome thyroïdien et le

carcinome épidermoïde métastatique. Sa spécificité est de 93.1% dans l'évaluation de toutes les MCs selon une méta-analyse datant de 2008 [10,18]. La biopsie n'est pas recommandée du fait de risques de non-cicatrisation et de récurrence régionale et à distance de métastases. En cas de cytoponction à l'aiguille fine négative, la répétition de l'examen est à privilégier à la biopsie ouverte[10].

En cas de MC kystique chez un patient à risque accru de malignité, il est essentiel de réaliser les examens complémentaires vus ci-dessus, y compris la cytoponction à l'aiguille fine, pour ne pas méconnaître une néoplasie. En effet, une métastase de ganglion lymphatique kystique cervical peut imiter un kyste de fente branchiale sur le plan clinico-radiologique voire histologique. Ceci est particulièrement vrai pour le carcinome papillaire de la thyroïde, le carcinome oropharyngé et le lymphome[10,19].

D'autres examens peuvent être réalisés à visée diagnostic de manière concomitante aux examens précédents ou quand ces derniers sont revenus négatifs : bilan biologique (numération de la formule sanguine (NFS), anticorps anti-nucléaires (ANA), anticorps anti-antigènes nucléaires solubles (anti-ENA), vitesse de sédimentation (VS), thyroïdostimuline (TSH), parathormone (PTH), sérologies VIH, EBV, CMV, bartonellose, intradermoréaction à la tuberculine)[10].

En cas de négativité de tous les examens précédents, le MG doit recommander l'examen des voies aérodigestives supérieures par endoscopie sous anesthésie générale pour les patients à risque accru de malignité. Des biopsies pourront être réalisées au cours de cet examen[10].

Enfin, en derniers recours, si aucun de ces examens n'a permis de poser un diagnostic et que la suspicion clinique est forte, une biopsie ouverte peut s'avérer nécessaire[10].

KAS = Key Action Statement

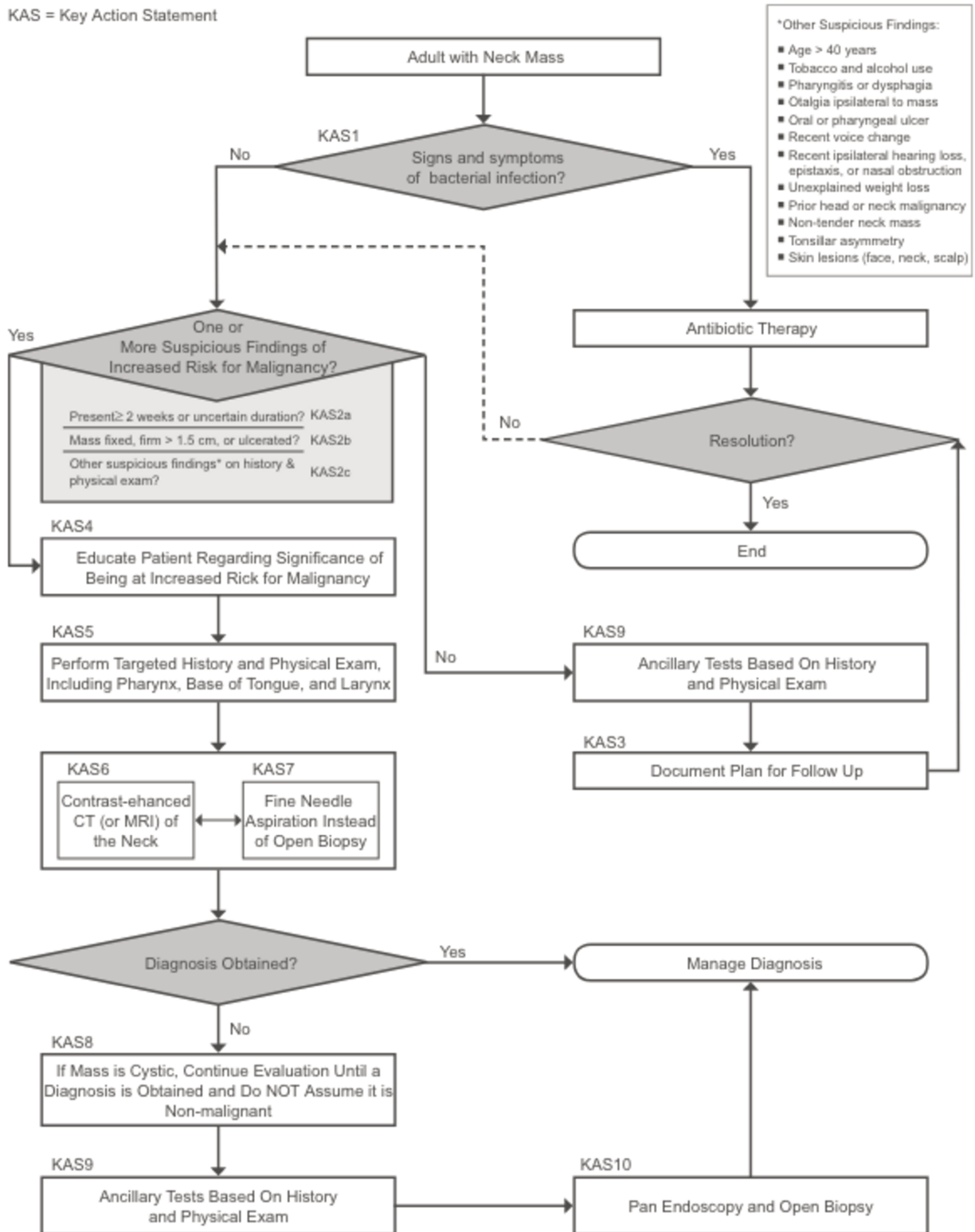


Figure 3 : Prise en charge d'une masse cervicale d'après Pynnonen[10]

## Masses cervicales rapidement progressives

Dans ce travail, nous avons souhaité nous intéresser aux masses cervicales rapidement progressives (MCRPs). Aucune définition précise n'a pu être trouvée dans la littérature, certains les considèrent rapidement progressives lorsque le temps de doublement s'effectue sur une courte période (en quelques jours à quelques semaines)[20]. Nous avons donc choisi de manière arbitraire de fixer ce délai à un mois. A notre connaissance, aucune donnée concernant l'épidémiologie des MCRP(s) n'est actuellement disponible.

Les étiologies principales à évoquer devant une MCRP sont, du fait de leur gravité, les étiologies néoplasiques :

- Au niveau du triangle antérieur : les carcinomes épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures et les cancers thyroïdiens dont le cancer anaplasique de la thyroïde (CAT) et le lymphome thyroïdien[21,22] ;
- Toutes zones confondues : les métastases de cancers d'origines non cervicales [21,22].

A notre connaissance, très peu d'études se sont intéressées à ces MCRPs. Or, ces dernières sont souvent associées à un pronostic sombre[23–26]. Notre expérience nous a montré que ce pronostic sombre pouvait également être en lien avec un retard diagnostique lié à la méconnaissance de ces pathologies et du parcours de soins à mettre en œuvre. Par exemple, parmi les patients suivis pour un carcinome ORL de type squameux, un délai diagnostique (temps entre le premier symptôme et le diagnostic histologique) de l'ordre de 3 à 6 mois a pu être décrit [27–30] ce qui est particulièrement préjudiciable pour le patient, puisqu'on sait que dans ce type de cancer un délai diagnostique de plus de 2 mois est associé à des altérations du pronostic, de la qualité de vie et du risque de récurrence [31–34]. Dans la littérature, les facteurs associés à un délai diagnostique plus important sont l'illettrisme, une habitation en zone rurale et/ou un niveau socio-économique plus faible[35,36].

Dans le cadre de cette thèse, nous avons décidé de nous focaliser sur les cancers thyroïdiens, et plus spécifiquement sur le CAT.

# Cancers thyroïdiens

## Épidémiologie des cancers thyroïdiens en 2018 en France métropolitaine

En France métropolitaine, en 2018, les cancers thyroïdiens se situaient au 5<sup>e</sup> rang des tumeurs solides chez la femme et au 16<sup>e</sup> rang chez l'homme[37,38].

Le cancer de la thyroïde prédomine chez la femme. Il représente respectivement 1,3% et 4,5% des cancers chez l'homme et chez la femme[38].

Concernant la mortalité, le cancer de la thyroïde est responsable de 0,33% des décès par cancer chez la femme et de 0,17% des décès par cancer chez l'homme[38].

L'incidence du cancer de la thyroïde augmente depuis les années 1990 pour atteindre 5,6 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et 18,5 pour 100 000 personnes-années chez la femme en 2018[38].

La mortalité a quant à elle diminué, passant de 0,4 pour 100 000 personnes-années en 1990 à 0,2 pour 100 000 personnes-années en 2018 chez l'homme et de 0,5 pour 100 000 personnes-années en 1990 à 0,2 pour 100 000 personnes-années en 2018 chez la femme[38].

Ceci est dû à la détection croissante de petits cancers thyroïdiens de très bons pronostics, comme les microcarcinomes papillaires, qui n'entraînent pas de risque de décès spécifique[39].

## Les différents types histologiques et leur épidémiologie

Les cancers thyroïdiens regroupent de multiples types histologiques. Ces derniers sont détaillés dans la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2017 (annexe 1)[40].

Entre les années 2010 et 2015, les cancers papillaires représentaient la majorité des cancers thyroïdiens (respectivement 80,4 et 89,3% de l'ensemble des cancers thyroïdiens chez l'homme et chez la femme) suivis des cancers vésiculaires (10,3% chez l'homme et 6,5% chez la femme) puis des cancers médullaires (5,3% chez l'homme et 2,1% chez la femme). Le reste des cancers thyroïdiens (3,9% chez l'homme et 16% chez la femme) correspondaient à une autre histologie[38].

# **Le cancer anaplasique de la thyroïde**

## **Définition et épidémiologie du cancer anaplasique de la thyroïde (incidence et données de survie)**

Le CAT se développe à partir des cellules thyroïdiennes de souche folliculaire. Il correspond à une forme rare (1 à 2% de l'ensemble des cancers thyroïdiens) mais extrêmement agressive de cancer indifférencié de la thyroïde[23,41].

L'incidence du CAT est stable depuis plus de 30 ans (0,12-0,15 pour 100 000 habitants)[41–44]. Chaque année, 60 à 100 nouveaux cas sont diagnostiqués en France[40].

Le CAT affecte majoritairement le sujet âgé avec un âge médian de 70 ans[45,46] et présente une prédominance féminine (sex-ratio homme/femme variant de 1 : 1.5 à 1 : 2)[47–49].

Ce cancer est rapidement progressif et est associé à un mauvais pronostic. La survie médiane globale est estimée entre 4 et 10 mois en fonction du stade du CAT et la mortalité spécifique à la maladie est de 98%[50–53]. Environ 10% seulement des patients sont encore en vie deux ans après le diagnostic[49].

## **Présentation clinique, biologique et morphologique**

Le diagnostic de CAT sera à évoquer devant une masse cervicale rapidement progressive et/ou compressive responsable de cervicalgies, d'une dysphagie, d'une dysphonie, d'une dyspnée et/ou d'un syndrome de la veine cave supérieure. Ces quatre derniers symptômes doivent être considérés comme des signes de gravité du fait de leur évolution rapide avec mise en jeu du pronostic vital[54].

Le CAT peut apparaître de novo ou faire suite à la dédifférenciation d'un carcinome différencié de la thyroïde (58% des cas)[40].

Un goitre ancien est retrouvé dans 30% des cas dans les antécédents des patients[23].

A l'examen clinique est retrouvée une volumineuse MC, dure à la palpation, associée à des ADPs cervicales (figure 4). Un envahissement cutané au niveau cervical peut également être retrouvé[40].



Figure 4 : Aspect clinique d'un cancer anaplasique de la thyroïde[40]

On observe actuellement au diagnostic de CAT une diffusion locorégionale ou à distance dans plus de 80% des cas[49]. La gravité de la situation sera certaine devant l'altération de l'état général du patient [40].

### **Confirmation diagnostique et bilan d'extension**

Le temps de doublement des cellules tumorales du CAT étant de 3 à 12 jours[23], le retard de prise en charge diagnostique et thérapeutique est hautement préjudiciable pour les patients.

Pour cette raison, il est nécessaire de réaliser une échographie cervicale couplée à une biopsie en urgence, biopsie sur laquelle repose la confirmation diagnostique[40,42]. Contrairement aux autres étiologies de MC, la cytoponction n'est pas suffisante pour le diagnostic de CAT car cette dernière ne permet le diagnostic que dans 60% des cas. De plus, l'analyse génétique somatique nécessaire à la prise en charge thérapeutique ne peut être obtenue à ce jour que par biopsie[40].

Le bilan d'extension sera à réaliser de manière concomitante à la biopsie, sans en attendre les résultats. Il comprendra un scanner cervico-thoraco-abdominopelvien ainsi qu'une TEP-TDM au 18-fluoro-2-désoxy-D-glucose. On réalisera également rapidement un examen oto-rhino-laryngologique avec nasofibroscopie à visée à la fois diagnostique (recherche d'un envahissement tumoral) et thérapeutique (discussion autour d'une éventuelle trachéotomie en cas d'aggravation de la symptomatologie laryngée). A visée préthérapeutique, un bilan biologique et une échographie cardiaque transthoracique seront aussi réalisés[40].

## **Prise en charge thérapeutique selon le stade du cancer anaplasique de la thyroïde**

### **Stadification du cancer anaplasique de la thyroïde**

Le stade de la maladie sera défini après obtention du bilan préthérapeutique. Le CAT est d'emblée classé en stade IV du fait de sa gravité (annexe 2). Le stade IV est divisé en trois sous-catégories :

- Le stade IVa pour les CATs intrathyroïdiens ;
- Le stade IVb pour les CATs avec extension locale ;
- Le stade IVc pour les CATs métastatiques[40].

### **Prise en charge thérapeutique**

Une fois les résultats de la biopsie obtenus, le traitement sera à débiter en urgence.

Le traitement est multi-modal[55,56], associant chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie dans les stades IVa. La chirurgie associée à la radiothérapie reste actuellement le traitement le plus efficace[57,58], mais n'est envisageable que si l'envahissement locorégional n'est pas trop avancé d'où l'intérêt d'un diagnostic le plus précoce possible.

Concernant les stades IVb et IVc, les traitements associeront chimiothérapie et radiothérapie puis thérapie ciblée ou immunothérapie (en cours d'essai). En cas de tumeur devenue résécable à la suite de ces traitements, une chirurgie pourra être envisagée.

Du fait de la gravité du CAT, les soins de support seront associés dès le diagnostic, au décours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. De même, les directives anticipées seront recueillies très tôt dans la prise en charge, et ce dans le but de définir un plan de soins propre au patient[40].

### **Questionnement, hypothèses et objectifs de l'étude :**

Des recommandations existent quant à la prise en charge d'une MC en médecine de ville. Cependant, aucune étude ne s'est intéressée à la prise en charge actuelle des MCRPs par les MGs.



Par ailleurs, du fait d'une méconnaissance du CAT et de l'enjeu vital qu'il représente, il existe un retard diagnostique qui réduit vraisemblablement les chances de survie des patients. Dans une étude nationale récente menée par le réseau ENDOCANTHUREF (Tumeurs de la THYroïde REFractaires) nous avons pu noter un délai médian entre les premiers symptômes et le diagnostic histologique de 60 jours (données non encore publiées) ce qui est extrêmement important comparativement aux délais de survie globale de ces patients.

Actuellement, un parcours de soins spécifique existe au sein du CHU de Lille pour les CATs mais aucun parcours n'a été fait concernant la prise en charge des MCRPs dans les Hauts-De-France.

**L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux permettant d'appréhender la démarche diagnostique actuelle appliquée aux MCRPs et la filière de soins proposée par les MGs des Hauts de France.**

Cette étude s'inscrit dans une réflexion globale dans le but d'améliorer la prise en charge diagnostique des CATs et d'en structurer le parcours de soins, ce dans l'objectif de réduire l'intervalle entre le diagnostic et la prise en charge thérapeutique.

# Matériel et méthodes

## Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de décrire le parcours de soins proposé par les MGs des Hauts-de-France aux patients se présentant avec une MCRP.

Les objectifs secondaires étaient :

- De comparer les caractéristiques socio-démographiques des praticiens, leurs pratiques et connaissances face à une MCRP ;
- De comparer les caractéristiques des praticiens connaissant les CATs avec ceux qui ignoraient cette étiologie pour mettre en évidence une éventuelle méconnaissance du CAT et notamment de son pronostic.

## Design/méthodologie de l'étude

Pour cette thèse, nous avons privilégié une étude observationnelle, quantitative, descriptive et multicentrique.

Pour ce faire, nous avons élaboré un auto-questionnaire anonyme à compléter en ligne ([annexe 3](#)) via LimeSurvey. LimeSurvey est un logiciel libre de sondage, d'enquête statistique et de création de formulaire.

Ce questionnaire a été conçu par moi-même avec le Docteur JANNIN puis relu et modifié par 4 autres spécialistes des CATs (le Docteur DO CAO, le Docteur CHEVALIER, le Docteur HADOUX et le Professeur VANTYGHM), un spécialiste de cancérologie (le Docteur HADOUX) et un spécialiste de MG (le Docteur CUNIN).

## Critères de jugement

Les connaissances concernant la prise en charge des MCRPs et du CAT seront définies par les réponses aux diverses questions posées dans le questionnaire envoyé aux praticiens.

## Population de l'étude

Nous avons diffusé le questionnaire auprès de 350 MGs des Hauts-de-France par courriel électronique.

Les courriels électroniques ont été obtenu via la liste des maîtres de stage universitaire (MSU) de MG des Hauts de France communiquée par le Portail d'Accompagnement des Professionnels de santé National (PAPS) aux internes de MG. L'accord du délégué à la protection des données personnelles (DPO) a été obtenu avant utilisation de ces courriels.

Une première diffusion a été faite le 25 avril 2022. Deux relances ont été effectuées : le 14 mai 2022 et le 04 juin 2022. Le questionnaire a été clôturé le 15 juin 2022.

Le questionnaire comportait deux parties :

- La première partie s'intéressait aux caractéristiques socio-démographiques des MGs interrogés. Seules des questions fermées pouvant éventuellement influencer les réponses de la seconde partie du questionnaire ont été posées. Ces dernières concernaient le sexe, l'âge, le lieu, le type et la durée d'exercice ;
- La seconde partie sondait les connaissances et pratiques des MGs face une à MCRP.

### Critères d'inclusion :

Les personnes incluses dans l'étude sont des MGs des Hauts de France en activité ayant accepté de répondre à un auto-questionnaire anonyme.

Seuls les questionnaires avec au minimum une page de réponses, à savoir les praticiens ayant *a minima* répondu aux caractéristiques socio-démographiques, seront pris en compte pour l'analyse des résultats. Les caractéristiques socio-démographiques nous renseignent sur le sexe, l'âge, la durée d'activité, le type d'activité, le secteur d'activité et la distance du lieu d'exercice par rapport au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille de chaque praticien participant.

### Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude les questionnaires ne contenant aucune réponse.

## **Analyse statistique**

Les diverses réponses seront décrites par leur médiane, intervalles interquartiles (IQR), moyenne et écart-type pour les variables continues, et par leur fréquence et pourcentage pour les variables catégorielles.

Des tests comparatifs seront effectués entre les variables suivantes afin de déterminer s'il existe des différences significatives entre les groupes :

- Nombre de goitres suivis par les praticiens au cours de leur activité et durée d'activité, mode d'exercice ;
- Praticiens ayant déjà été confronté à une MCRP et âge, sexe, secteur d'activité, distance par rapport au CHU de Lille, durée d'activité ;
- Urgence de prise en soins d'une MCRP chez le sujet âgé et l'âge, le sexe et le secteur d'activité du praticien ;
- Connaissances du CAT et âge, sexe, secteur d'activité, distance par rapport au CHU de Lille et durée d'activité du praticien.

Il s'agira de tests du Khi2 ou tests exacts de Fisher pour toutes nos variables qualitatives. Les p-values seront calculées pour les variables continues si leur médiane et IQR ne le sont pas.

Le logiciel utilisé pour l'analyse statistique est Stata v17.0 (StataCorp. 2017. Stata Statistical Software : Release 15. College Station, TX : StataCorp LP).

## **Cadre réglementaire**

Une déclaration des traitements de données personnelles a été faite auprès du service Protection des Données de l'Université de Lille.

Le questionnaire utilisé pour cette thèse fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-124 au registre des traitements de l'Université de Lille.

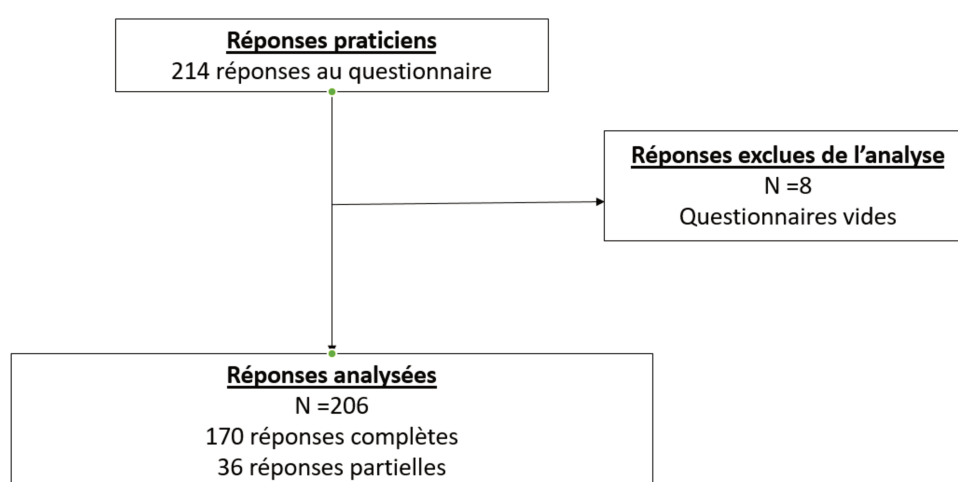
Cette thèse est en conformité au regard de la loi informatique et libertés.

# Résultats

## Description de la population et des interventions

### Flowchart

Au total, les réponses de 206 praticiens ont été incluses dans notre étude dont 170 complètes. Huit réponses ont été exclues du fait de questionnaires vides ([figure 5](#)). Le taux de participation était de 61.1%.



**Figure 5. Diagramme de flux**

Réponses complètes : questionnaire avec réponses à l'ensemble des questions.

Réponses partielles : questionnaire avec absence d'au moins une réponse.

## Caractéristiques des praticiens

Il y avait une majorité d'hommes (sexe ratio homme/femme : 1.985), d'âge médian de 42,7 ans pour les femmes (IQR : 34 – 54,7) et de 48,9 ans pour les hommes (IQR : 38,5 - 61,4) exerçant pour plus d'un tiers depuis plus de 10 ans ([tableau 4](#)). Une grande majorité des praticiens répondants exerçaient une activité libérale exclusive (94.7%) ([tableau 4](#)).

Malgré le fait que près de la moitié exerce dans un milieu urbain (48.1%), les lieux d'exercices des praticiens étaient majoritairement à plus de 40 km du CHU de Lille (52.4%) ([tableau 4](#)).

**Tableau 4 : Caractéristiques générales des praticiens inclus dans l'étude**

Caractéristiques	Réponses analysables (N = 206)
<b>Genre :</b>	
Homme	137 (66.5%)
Femme	69 (33.5%)
<b>Âge (années) :</b>	
Homme : médiane (IQR)	48,9 (38,5 – 61,4)
Femme : médiane (IQR)	42,7 (34 – 54,7)
Tout sexe : médiane (IQR)	46,9 (36,7 – 58,9)
<b>Classe d'âge :</b>	
25 – 29 ans	10 (4.9%)
30 – 39 ans	56 (27.2%)
40 – 49 ans	48 (23.3%)
50 – 59 ans	41 (19.9%)
60 – 69 ans	49 (23.8%)
≥ 70 ans	2 (1.0%)
<b>Durée d'exercice :</b>	
1 – 9 ans	62 (30.1%)
10 – 19 ans	51 (24.8%)
20 – 29 ans	41 (19.9%)
30 – 39 ans	48 (23.3%)
≥ 40 ans	4 (1.9%)
<b>Type d'activité :</b>	
Libérale exclusive	195 (94.7%)
Mixte : libérale et CH	11 (5.3%)
CH exclusif	0 (0.0%)
<b>Lieu d'exercice :</b>	
Rural	64 (31.1%)
Urbain	99 (48.1%)
Rurbain	43 (20.9%)
<b>Distance du lieu d'exercice par rapport au CHU de Lille :</b>	
0 – 20km	59 (28.6%)
21 – 40km	39 (18.9%)
> 40km	108 (52.4%)

IQR : intervalle interquartile ; CH : centre hospitalier ; Rurbain : lieu de vie rural, lieu de travail urbain ; CHU : centre hospitalier universitaire.

## Masses cervicales rapidement progressives

La médiane de patient(s) avec goitre suivi(s) au cours de leur carrière chez les praticiens interrogés est de 23,7 (IQR : 12,5 - 40,1) (figure 6, tableau 11 dans l'annexe 4).

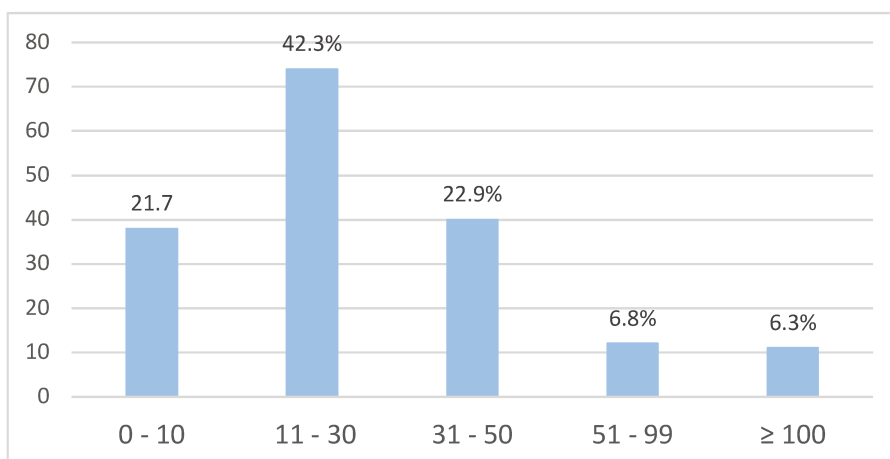


Figure 6 : Répartition du nombre de patient(s) avec goitre vu(s) par les praticiens interrogés

Le nombre de goitre(s) suivi(s) augmentait de manière significative avec la durée d'activité des praticiens (p-value = 0,007) (tableau 5, figure 7). En revanche, il n'y avait pas de différence significative du nombre de goitre(s) suivi(s) en fonction du secteur d'activité (p-value 0.382) (tableau 5).

Tableau 5 : Nombre de goitre(s) suivi(s) en fonction de la durée d'activité et du secteur d'activité des praticiens

Goitre(s) suivi(s)	0 – 10 (N = 38)	11 – 30 (N = 74)	31 – 50 (N = 40)	51 – 99 (N = 12)	≥ 100 (N = 11)	Total (N = 175)	p-value
<b>Durée d'exercice</b>							
<b>1 – 9 ans</b>	16 42.1%	27 36.5%	5 12.5%	2 16.7%	1 9.1%	51 29.1%	<b>0.007</b>
<b>10 – 19 ans</b>	10 26.3%	16 21.6%	15 37.5%	1 8.3%	1 9.1%	43 24.6%	
<b>20 – 29 ans</b>	6 15.8%	17 23.0%	9 22.5%	3 25.0%	2 18.2%	37 21.1%	
<b>30 – 39 ans</b>	6 15.8%	14 18.9%	10 25.0%	6 50.0%	6 54.5%	42 24.0%	
<b>≥ 40 ans</b>	0 0.0%	0 0.0%	1 2.5%	0 0.0%	1 9.1%	2 1.1%	
<b>Secteur d'activité</b>							
							<b>0.382</b>
<b>Rural</b>	11 28.9%	22 29.7%	12 30.0%	6 50.0%	2 18.2%	53 30.3%	
<b>Rurbain</b>	5 13.2%	20 27.0%	6 15.0%	2 16.7%	4 36.4%	37 21.1%	
<b>Urbain</b>	22 57.9%	32 43.2%	22 55.0%	4 33.3%	5 45.5%	85 48.6%	

Rurbain : lieu de vie rural, lieu de travail urbain.

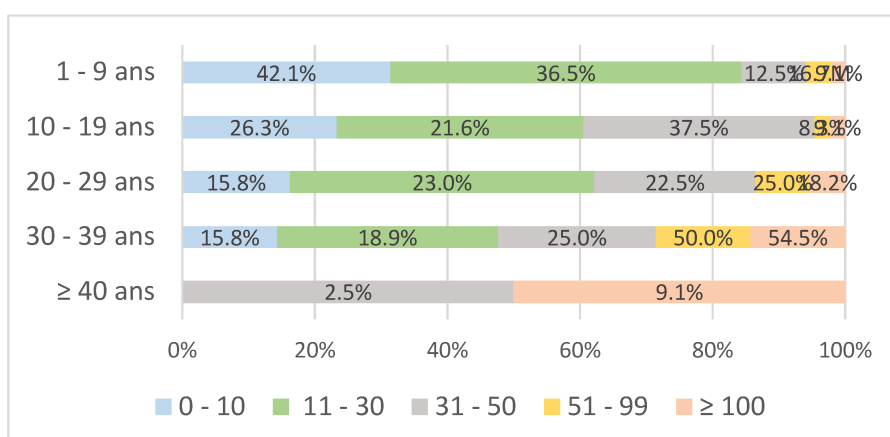


Figure 7 : Nombre de goitre(s) suivi(s) en fonction de la durée d'activité des praticiens

Dans notre échantillon, 100 MGs (57.1%) rapportent avoir déjà été confrontés à une MCRP au cours de leur carrière (tableau 11 dans l'annexe 4). Nous avons réalisé une étude comparative univariée entre les caractéristiques sociodémographiques des praticiens (âge, sexe, type et secteur d'activité, distance par rapport au CHU de Lille) et le fait qu'ils aient été confrontés ou non à une MCRP. Cette dernière ne mettait pas en évidence de différence significative (tableau 12 dans l'annexe 4).

## **Diagnostics évoqués**

Les MGs pouvaient répondre de manière libre concernant les diagnostics évoqués devant une MCRP. Ci-dessous ne sont décrits que les trois premiers diagnostic évoqués (ensemble des réponses disponibles dans le tableau 19 en annexe 4).

En première intention, face à une MCRP, le premier cadre étiologique évoqué chez 72 des praticiens sondés (43.9%) était une pathologie néoplasique. Puis, 28 MGs évoquaient une tumeur bénigne (17.1%), 25 une pathologie infectieuse (15.2%), 4 une pathologie inflammatoire (2.4%), 1 une pathologie vasculaire (0.6%) et 34 d'autres étiologies détaillées plus bas (20.8%) (tableau 6, figure 8).

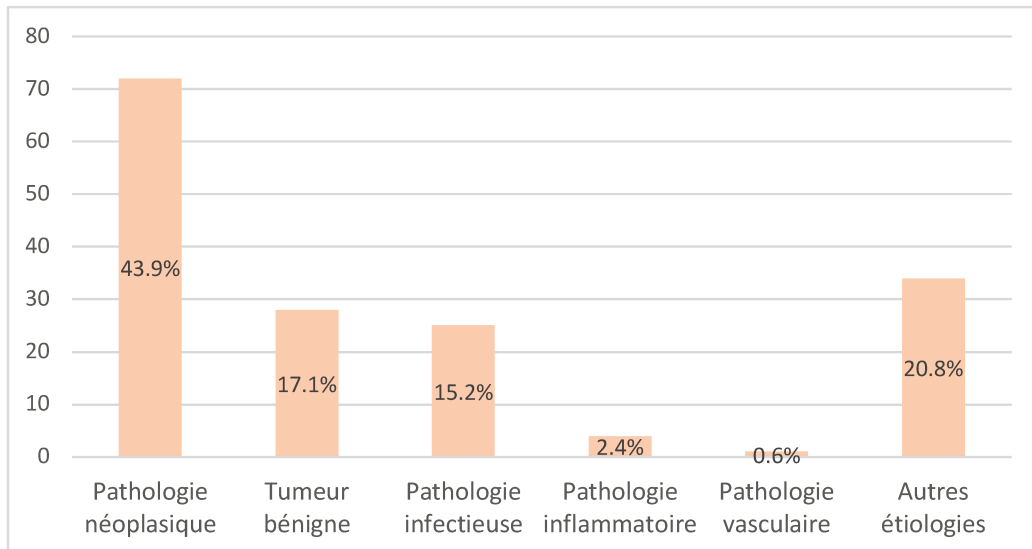
En deuxième hypothèse, 79 des praticiens sondés (50.6%) évoquaient une pathologie néoplasique. Puis, 27 MGs évoquaient une tumeur bénigne (17.4%), 15 une pathologie infectieuse (9.6%), 12 une pathologie inflammatoire (7.7%), 2 une pathologie vasculaire (1.2%) et 21 d'autres étiologies (13.5%) (tableau 6).

En troisième hypothèse, 65 des praticiens sondés (48.5%) évoquaient une pathologie néoplasique. Puis, 16 MGs évoquaient une tumeur bénigne (11.9%), 22 une pathologie infectieuse (16.5%), 9 une pathologie inflammatoire (6.7%), 3 une pathologie vasculaire (2.2%) et 19 d'autres étiologies (14.2%) (tableau 6).



Tableau 6 : Diagnostics évoqués en 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> intention devant une masse cervicale rapidement progressive

Diagnostics évoqués	Réponses analysables (N = X)					
	1 <sup>e</sup> hypothèse (N = 164)		2 <sup>e</sup> hypothèse (N = 156)		3 <sup>e</sup> hypothèse (N = 134)	
<b><u>Pathologie néoplasique</u></b>	<b>72</b>	<b>43.9%</b>	<b>79</b>	<b>50.6%</b>	<b>65</b>	<b>48.5%</b>
Cancer thyroïdien	21	12.8%	24	15.5%	15	11.3%
Cancer ORL	12	7.3%	10	6.4%	11	8.2%
Cancer sans précision	14	8.5%	6	3.8%	14	10.4%
Adénopathie néoplasique	7	4.3%	11	7.0%	7	5.2%
Métastase	2	1.2%	2	1.3%	3	2.2%
Hémopathie	16	9.8%	25	16.0%	10	7.5%
Autres cancers	0	0.0%	1	0.6%	5	3.7%
<b><u>Tumeur bénigne</u></b>	<b>28</b>	<b>17.1%</b>	<b>27</b>	<b>17.4%</b>	<b>16</b>	<b>11.9%</b>
Nodule, adénome, goitre	16	9.8%	21	13.6%	15	11.2%
Nodule thyroïdien	3	1.9%	7	4.5%	4	3.0%
Adénome thyroïdien	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
Goitre thyroïdien	12	7.3%	14	9.1%	11	8.2%
Pathologie thyroïdienne	12	7.3%	6	3.8%	1	0.7%
Hématocèle thyroïdien	8	4.9%	3	1.9%	1	0.7%
Non précisée	4	2.4%	3	1.9%	0	0.0%
<b><u>Pathologie infectieuse</u></b>	<b>25</b>	<b>15.2%</b>	<b>15</b>	<b>9.6%</b>	<b>22</b>	<b>16.5%</b>
Adénopathie infectieuse	15	9.1%	4	2.6%	5	3.7%
Abcès	6	3.7%	2	1.3%	8	6.2%
Infection sans précision	2	1.2%	8	5.1%	4	3.0%
Syphilis	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
Tuberculose	0	0.0%	0	0.0%	1	0.7%
Mononucléose infectieuse	0	0.0%	0	0.0%	1	0.7%
Phlegmon	1	0.6%	1	0.6%	2	1.5%
Toxoplasmose	0	0.0%	0	0.0%	1	0.7%
<b><u>Pathologie inflammatoire</u></b>	<b>4</b>	<b>2.4%</b>	<b>12</b>	<b>7.7%</b>	<b>9</b>	<b>6.7%</b>
Parotidite	0	0.0%	5	3.2%	3	2.2%
Thyroïdite	2	1.2%	4	2.6%	4	3.0%
Maladie de Basedow	2	1.2%	3	1.9%	2	1.5%
<b><u>Pathologie vasculaire</u></b>	<b>1</b>	<b>0.6%</b>	<b>2</b>	<b>1.2%</b>	<b>3</b>	<b>2.2%</b>
Anévrysme	0	0.0%	1	0.6%	1	0.8%
Malformation artério-veineuse	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%
Malformation lymphatique	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
Syndrome cave supérieur	0	0.0%	0	0.0%	1	0.7%
Non précisée	0	0.0%	0	0.0%	1	0.7%
<b><u>Autres</u></b>	<b>34</b>	<b>20.8%</b>	<b>21</b>	<b>13.5%</b>	<b>19</b>	<b>14.2%</b>
Adénopathie sans étiologie précisée	31	19.0%	15	9.6%	10	7.6%
Allergie	1	0.6%	2	1.3%	4	3.0%
Lithiase salivaire	0	0.0%	4	2.6%	3	2.2%
Kyste	0	0.0%	0	0.0%	1	0.7%
Pathologie dentaire	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
Lésion parotidienne						



**Figure 8 : Diagnostics évoqués en première intention devant une masse cervicale rapidement progressive**

Au total, lorsqu'on questionnait le MG sur les 3 étiologies à évoquer devant une MCRP, 137 des MGs répondaient une pathologie néoplasique (83.5%), 65 une tumeur bénigne (39.6%), 56 une pathologie infectieuse (34.1%), 22 une pathologie inflammatoire (13.4%), 6 une pathologie vasculaire (3.7%) et 65 d'autres étiologies (39.6%) parmi lesquelles 56 une ADP sans précision (34.1%), 7 une lithiase salivaire (4.3%), 7 un kyste (4.3%), 2 un processus allergique (1.2%), 1 une pathologie dentaire (0.6%) et 1 une lésion parotidienne (0.6%) (tableau 7). Douze MGs sur 134 (8.9%) évoquaient une étiologie néoplasique dans chacune de leurs trois premières hypothèses diagnostiques. Vingt-cinq MGs sur 164 (15.2%) n'évoquaient aucune pathologie néoplasique dans leurs trois premières hypothèses diagnostiques. Dans notre échantillon, 2 MGs ont évoqué le CAT dans leurs réponses, respectivement en 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> hypothèse diagnostique.

Tableau 7 : Ensemble des trois 1<sup>ères</sup> hypothèses diagnostiques des médecins répondants face à une masse cervicale rapidement progressive

Ensemble des trois 1 <sup>ères</sup> hypothèses diagnostiques	Réponses analysables	
<b><u>Pathologie néoplasique</u> (N = 164)</b>	<b>137</b>	<b>83.5%</b>
Cancer thyroïdien	60	36.6%
Cancer ORL	33	20.1%
Cancer sans précision	34	20.7%
ADP néoplasique	25	15.2%
Métastase	7	4.3%
Hémopathie	50	30.5%
Autres cancers	6	3.7%
<b><u>Tumeur bénigne</u> (N = 164)</b>	<b>65</b>	<b>39.6%</b>
Nodule, adénome, goitre	50	30.5%
Nodule thyroïdien	14	8.5%
Adénome thyroïdien	1	0.6%
Goitre thyroïdien	37	22.6%
Pathologie thyroïdienne	19	11.6%
Hématocèle thyroïdien	12	7.3%
Non précisée	7	4.3%
<b><u>Pathologie infectieuse</u> (N = 164)</b>	<b>56</b>	<b>34.1%</b>
ADP infectieuse	24	14.6%
Abcès	16	9.8%
Infection sans précision	14	8.5%
Syphilis	1	0.6%
Tuberculose	1	0.6%
MNI	1	0.6%
Phlegmon	4	2.4%
Toxoplasmose	1	0.6%
<b><u>Pathologie inflammatoire</u> (N = 164)</b>	<b>22</b>	<b>13.4%</b>
Parotidite	8	4.9%
Thyroïdite	10	6.1%
Maladie de Basedow	7	4.3%
<b><u>Pathologie vasculaire</u> (N = 164)</b>	<b>6</b>	<b>3.7%</b>
Anévrisme	2	1.2%
MAV	1	0.6%
Malformation lymphatique	1	0.6%
Syndrome cave supérieur	1	0.6%
Non précisée	1	0.6%
<b><u>Autres</u> (N = 164)</b>	<b>65</b>	<b>39.6%</b>
Adénopathie	56	34.1%
Allergie dont œdème de Quincke	2	1.2%
Lithiase salivaire	7	4.3%
Kyste	7	4.3%
Pathologie dentaire	1	0.6%
Lésion parotidienne	1	0.6%

ADP : adénopathie ; MNI : mononucléose infectieuse ; MAV : malformation artério-veineuse.

## Signes de gravité recherchés

Nous avons ensuite interrogé les MGs sur les signes de gravité à rechercher devant une MCRP. Parmi les signes de gravité proposés, 96.6% des 175 MGs interrogés ont répondu favorablement pour la dysphagie, 91.4% pour la dyspnée, 84.6% pour la dysphonie et 66.9% pour la présence d'une ADP (figure 9).

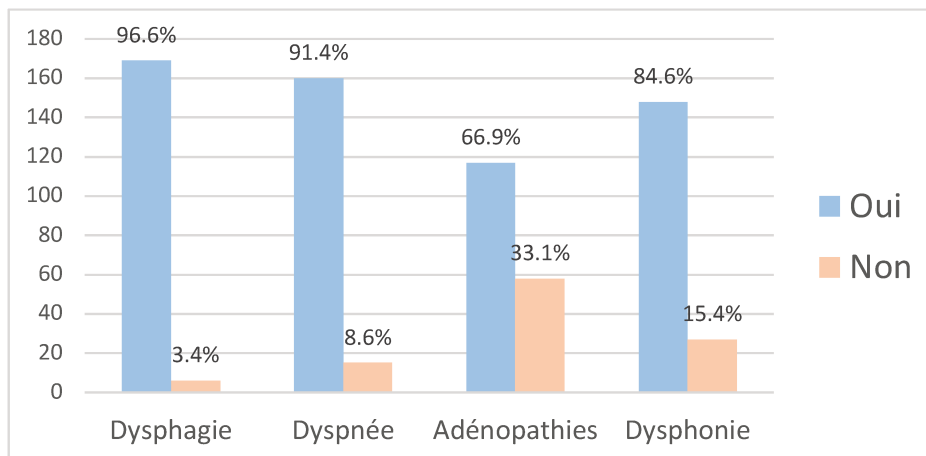


Figure 9 : Signes de gravité recherchés devant une masse cervicale rapidement progressive

Dix-neuf virgule un pour cent estiment que la prise en charge d'une MCRP chez le sujet âgé est moins urgente (tableau 13 dans l'annexe 4). En croisant ces données avec l'âge des répondants, on observe une tendance à l'augmentation avec l'avancée en âge des praticiens sans qu'il y ait pour autant de différence significative ( $p = 0,796$ ) (tableau 13 dans l'annexe 4, figure 10). De même, il n'y avait pas de différence significative en fonction du secteur d'activité ou du sexe du praticien ( $p = 0,274$  et  $p = 0,917$  respectivement) (tableau 13 dans l'annexe 4).

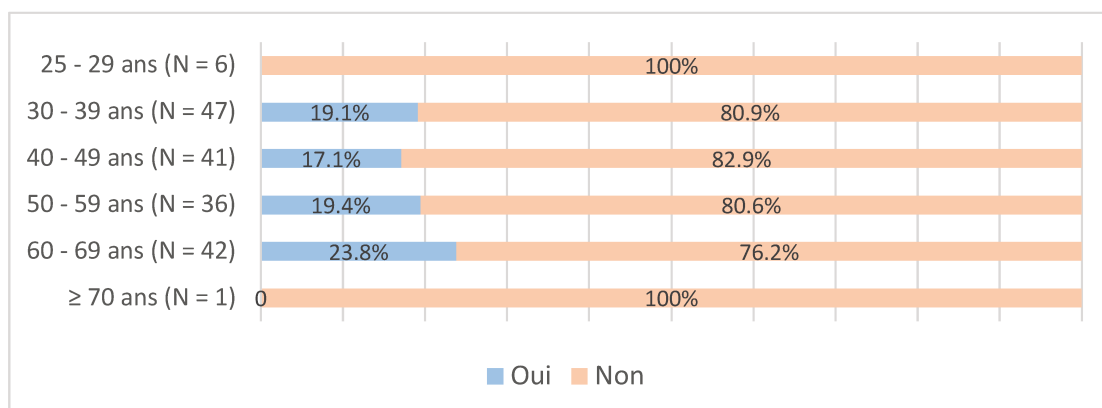


Figure 10 : Pourcentage de praticiens estimant qu'il y a moins d'urgence de prise en soins d'une masse cervicale rapidement progressive chez le sujet âgé en fonction de l'âge des praticiens

## Prise en charge diagnostique

### Examens complémentaires prescrits :

À la suite de la découverte d'une MCRP, nous nous sommes ensuite interrogés sur les examens complémentaires prescrits en première intention par les MGs. Ainsi, 48 MGs prescrivaient une échographie cervicale associée à une TDM cervicale (27.4%), 36 une échographie cervicale seule (20.6%), 24 une échographie cervicale associée à une IRM cervicale (13.7%), 23 une TDM cervicale seule (13.1%) et 44 d'autres associations d'examens complémentaires (25.2%) (tableau 8).

**Tableau 8 : Examens complémentaires prescrits devant une masse cervicale rapidement progressive**

<b>Examens complémentaires prescrits</b>	<b>Réponses analysables (N = 175)</b>	
Échographie + TDM	48	27.4%
Échographie seule	36	20.6%
Échographie + IRM	24	13.7%
TDM seule	23	13.1%
Échographie + TDM + IRM	10	5.7%
Échographie + biologie	6	3.4%
TDM + IRM	4	2.3%
Échographie + TDM + biologie	3	1.6%
IRM seule	3	1.6%
Explorations ORL	2	1.1%
Échographie + TDM + scintigraphie	2	1.1%
Échographie + IRM + scintigraphie	1	0.6%
Échographie + TDM + TEP-TDM	1	0.6%
Échographie + scintigraphie	1	0.6%
Échographie + TDM + explorations ORL	1	0.6%
TDM + IRM + biologie	1	0.6%
Échographie + TDM + IRM + scintigraphie	1	0.6%
Échographie + TDM + IRM + bilan biologique	1	0.6%
Échographie + IRM + TEP-TDM	1	0.6%
TDM + scintigraphie + biologie	1	0.6%
Échographie + IRM + scintigraphie	1	0.6%
TDM + biologie	1	0.6%
Échographie + TDM + scintigraphie + biologie	1	0.6%
Échographie + IRM + biologie	1	0.6%
Aucun	1	0.6%

Échographie : échographie cervicale ; TDM : tomодensitométrie cervicale ; IRM : imagerie par résonance magnétique cervicale ; Scintigraphie : scintigraphie à l'iode ; TEP-TDM : tomographie par émission de positons-tomodensitométrie.

## Orientation chez un spécialiste (hors médecine générale)

Une fois les premiers examens réalisés, 28 MGs orientaient le patient chez un spécialiste d'endocrinologie (16.1%), 26 au service d'accueil des urgences (14.9%), 25 à la fois chez un spécialiste ORL et un spécialiste d'endocrinologie (14.4%), 23 chez un spécialiste ORL (13.2), 14 chez un spécialiste de la chirurgie de la thyroïde (8.1%) et 58 vers d'autres associations de spécialistes (33.3%) (tableau 9).

Tableau 9 : Orientation vers un spécialiste (hors médecine générale) devant une masse cervicale rapidement progressive

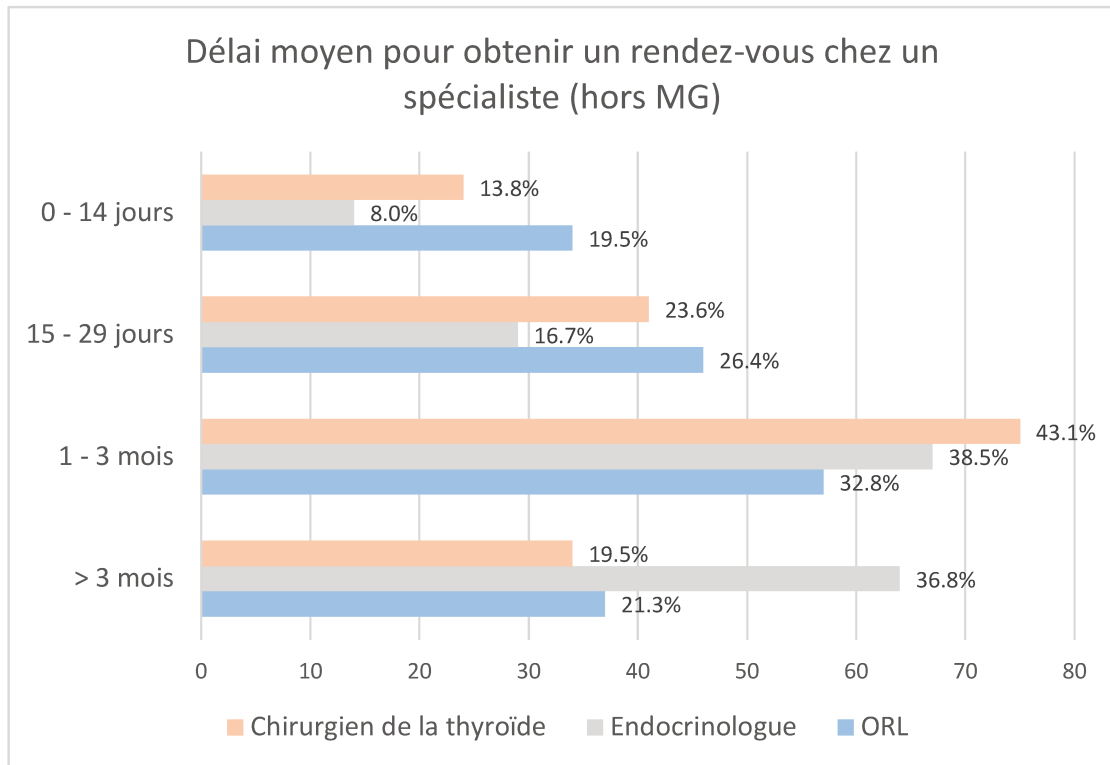
Orientation chez un spécialiste (hors MG)	Réponses analysables (N = 174)	
Endocrinologue	28	16.1%
SAU	26	14.9%
ORL + endocrinologue	25	14.4%
ORL	23	13.2%
Chirurgien	14	8.1%
Endocrinologue + chirurgien	14	8.1%
ORL + SAU	10	5.7%
ORL + chirurgien	8	4.6%
ORL + endocrinologue + chirurgien	8	4.6%
ORL + SAU + chirurgien	4	2.3%
Endocrinologue + SAU	3	1.7%
SAU + chirurgien	3	1.7%
ORL + endocrinologue + SAU	3	1.7%
Endocrinologue + SAU + chirurgien	2	1.1%
SAU + oncologue	1	0.6%
Chirurgien + oncologue	1	0.6%
ORL + endocrinologue + radiologue	1	0.6%

MG : médecine générale ; SAU : service d'accueil des urgences ; chirurgien : chirurgien de la thyroïde.

## Délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (hors médecine générale)

Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (hors MG) était majoritairement de 1 à 3 mois toutes spécialités confondues (32.8% pour un ORL, 38.5% pour un endocrinologue et 43.1% pour un chirurgien de la thyroïde) (tableau 14 en annexe 4, figure 11).

Les médianes des délais étaient ainsi de 37,4 jours pour l'ORL (IQR : 17,9 – 83,2), 69,4 jours pour l'endocrinologue (IQR : 30,5 - non calculable) et de 47,6 jours pour le chirurgien de la thyroïde (IQR : 21,7 – 82,4) (tableau 14 en annexe 4).



MG : médecine générale.

**Figure 11 : Délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (hors médecine générale)**

En croisant les données avec les secteurs d'activité des praticiens, on observe un délai supérieur à 3 mois pour obtenir un rendez-vous chez le spécialiste ORL, endocrinologue ou chirurgien de la thyroïde dans des proportions plus importantes en zone rurale qu'urbaine sans qu'il y ait de différence significative (tableau 10, figure 12).

Ainsi, on obtient un délai de rendez-vous chez le spécialiste ORL supérieur à 3 mois pour 25% des patients en milieu rural, 27% en milieu rurbain contre 16% en milieu urbain (p-value = 0.729) (tableau 10).

Tableau 10 : Délais de rendez-vous chez le spécialiste en fonction du secteur d'activité

Secteur	Rural		Rurbain		Urbain		Total	p-value
<b>Délai moyen pour un rendez-vous chez l'ORL</b>								
	p = 0.729							
<b>0 – 14 jours</b>	9	17.3%	6	16.2%	19	22.4%	34	19.5%
<b>15 – 29 jours</b>	15	28.8%	9	24.3%	22	25.9%	46	26.4%
<b>1 – 3 mois</b>	15	28.8%	12	32.4%	30	35.3%	57	32.8%
<b>&gt; 3 mois</b>	13	25.0%	10	27.0%	14	16.5%	37	21.3%
<b>Total</b>	52	100.0%	37	100.0%	85	100.0%	174	100.0%
<b>Délai moyen pour un rendez-vous chez l'endocrinologue</b>								
	p = 0.173							
<b>0 – 14 jours</b>	2	3.8%	2	5.4%	10	11.8%	14	8.0%
<b>15 – 29 jours</b>	8	15.4%	4	10.8%	17	20.0%	29	16.7%
<b>1 – 3 mois</b>	17	32.7%	19	51.4%	31	36.5%	67	38.5%
<b>&gt; 3 mois</b>	25	48.1%	12	32.4%	27	31.8%	64	36.8%
<b>Total</b>	52	100.0%	37	100.0%	85	100.0%	174	100.0%
<b>Délai moyen pour un rendez-vous chez le chirurgien de la thyroïde</b>								
	p = 0.663							
<b>0 – 14 jours</b>	5	9.6%	6	16.2%	13	15.3%	24	13.8%
<b>15 – 29 jours</b>	11	21.2%	8	21.6%	22	25.9%	41	23.6%
<b>1 – 3 mois</b>	25	48.1%	13	35.1%	37	43.5%	75	43.1%
<b>&gt; 3 mois</b>	11	21.2%	10	27.0%	13	15.3%	34	19.5%
<b>Total</b>	52	100.0%	37	100.0%	85	100.0%	174	100.0%

Rurbain : lieu de vie rural, lieu de travail urbain.

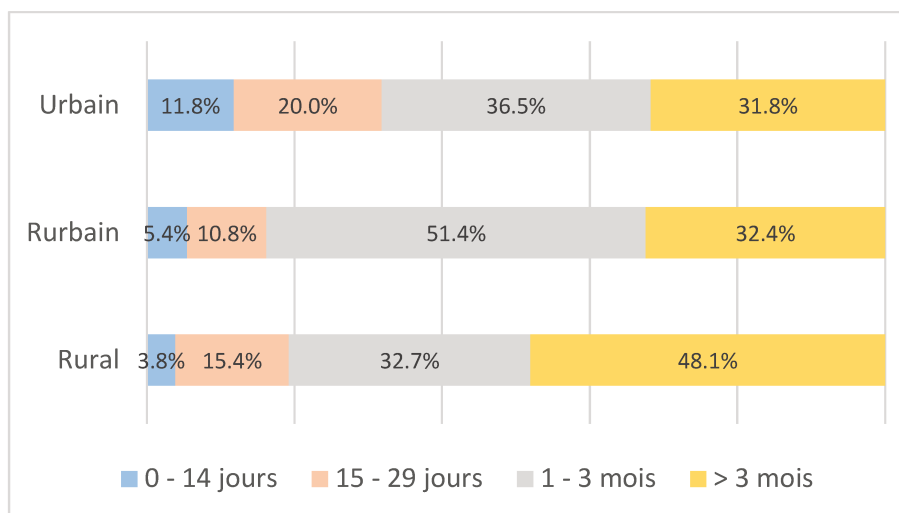


Figure 12 : Délai de rendez-vous chez le spécialiste d'endocrinologie en fonction du secteur d'activité

Si le délai d'obtention d'un rendez-vous était jugé trop long par les praticiens, leur attitude première était de contacter directement le spécialiste pour obtenir un rendez-vous en urgence pour la majorité d'entre eux (79.5%), d'envoyer le patient aux urgences médicales (9.1%), de prendre un avis intra-hospitalier (via une hopline ou un appel direct dans le service) (7.8%), d'adresser le patient dans un autre secteur (1.8%) ou de débiter le bilan eux-mêmes (1.8%) (tableau 15 en annexe 4).



## **Ressenti du praticien face à une masse cervicale rapidement progressive**

Cinquante-trois virgule quatre pour cent des médecins interrogés déclarent ne pas être à l'aise face à une MCRP (tableau 16 en annexe 4).

Soixante-trois virgule deux pour cent répondent être intéressés par une formation médicale à ce sujet (tableau 16 en annexe 4).

## **Cancer anaplasique de la thyroïde**

Quatre-vingt-un des 174 MGs interrogés (46.6%) ont déclaré ne pas connaître le CAT. Parmi les 93 MGs connaissant le CAT, 57 en avaient suivis personnellement (33.3%) (tableau 17 en annexe 4).

Soixante et un virgule cinq pour cent répondaient ne pas connaître la survie globale médiane du CAT métastatique. Parmi ceux s'étant prononcé, la médiane supposée était de 1 an (tableau 17 en annexe 4).

Nous avons réalisé une étude comparative univariée entre la connaissance du CAT par les praticiens et les données socio-démographiques (âge, sexe, secteur d'activité, distance par rapport au CHU, durée d'activité). Celle-ci ne retrouvait pas de différence significative (tableau 18 en annexe 4).

# Discussion

## Remise dans le contexte

Au cours de mon stage d'internat d'endocrinologie, j'ai été confrontée à des cas de CATs. La rapidité d'évolution de ces cancers ainsi que leur sombre pronostic m'ont marquée. En effet, comme vu précédemment, la médiane de survie est de 6 mois indépendamment du stade[23]. Mon directeur de thèse, le Docteur Arnaud Jannin, a développé le projet « ANACOM » ayant pour but d'améliorer la prise en charge diagnostique des CATs et de structurer le parcours de prise en charge de cette pathologie[59]. La première étape de ce projet était la réalisation de cette thèse, ayant pour objectif de faire un état des lieux des pratiques des MGs face à une MCRP.

Notre étude est originale car elle est la première à s'intéresser au parcours de soins proposé par les MGs aux MCRPs et notamment au CAT.

## Discussion des résultats

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à 350 MGs exerçant la fonction de MSU dans les Hauts de France. Nous avons comparé nos données aux statistiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) datant de 2020[60].

Notre échantillon comprenait 206 réponses pour 4684 MGs conventionnés avec l'Assurance Maladie dans les Hauts de France selon la CNAM en 2020[60], soit un échantillon équivalent à 4.4% de l'ensemble des MGs des Hauts-de-France.

La répartition hommes/femmes de notre échantillon était globalement superposable aux données de la CNAM (66,5% d'hommes dans notre échantillon contre 66,3% d'hommes pour l'ensemble des MGs des Hauts de France)[60].

Concernant l'âge des praticiens, notre population était plus jeune que les données régionales de la CNAM : 55.4% de notre population avaient moins de 50 ans contre 38.6% dans les données régionales[60]. Une explication potentielle de cette surreprésentation des plus jeunes médecins peut être le plus grand intérêt porté par cette population aux enquêtes.

Dans notre échantillon comme dans les données régionales de la CNAM, la majorité des MGs exerçaient sur un mode libéral exclusif (respectivement 94.7% et 91.9%)[60].

Dans notre population, 31,1% des praticiens déclaraient exercer en zone rurale alors que les données de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) recensent seulement un peu plus de 15% de MGs exerçant en secteur rural au niveau national en 2013[61].

En se basant sur une patientèle moyenne de 1636 patients par MG dans les Hauts de France (données de l'assurance maladie de 2020[62]) et sur le fait que la médiane de patients suivis pour un goitre dans notre échantillon est de 24, on peut estimer que la prévalence de goitres suivis dans la patientèle de notre population est de 1,4%. Ces chiffres sont bien en dessous de la prévalence du goitre dans la population générale en France qui est de 5 à 10% lorsqu'on se base sur les critères échographiques de la Société Française d'Endocrinologie (volume thyroïdien échographique supérieur à 18mL chez la femme et supérieur à 20mL chez l'homme)[63,64]. Le fait que notre population soit plus jeune que celle des données régionales peut expliquer en partie cette différence de chiffres puisque nous avons mis en évidence que le taux de goitre(s) suivi(s) par les MGs augmente de manière significative avec la durée d'activité ( $p < 0,007$ ). De plus, on peut supposer que ces chiffres sont plus élevés dans la littérature car les goitres sont spécifiquement recherchés dans le cadre de ces études. Or, le goitre étant le plus souvent asymptomatique[64], le patient n'en référera pas nécessairement à son MG. Inversement, le MG ne fera pas de palpation thyroïdienne systématique à chacun de ses patients.

Cinquante-sept virgule un pour cent des MGs ont déclaré avoir déjà été confronté à une MCRP définie comme une masse se développant en moins d'un mois de temps. Même si aucune donnée n'avait été trouvée dans la littérature à propos de l'épidémiologie des MCRPs, ces chiffres concordent avec l'importante fréquence des MCs rapportée dans plusieurs études, sans pour autant qu'il y ait de chiffres précis disponibles[1,10–12].

## **Modalités de prise en charge d'une masse cervicale rapidement progressive par les médecins généralistes**

Face à une MCRP, 87.2% des praticiens de notre échantillon déclaraient suspecter une néoplasie dont 43.9% en première hypothèse. Cette donnée est en adéquation avec les recommandations disponibles dans la littérature[13]. En effet, l'étiologie néoplasique est à suspecter en premier lieu, *a fortiori* chez le sujet de plus de 40 ans[1,10–13]. Cependant, quasiment un MG sur 10 (8.9%) n'évoquait pas d'étiologie néoplasique dans ses trois premières hypothèses diagnostiques. Ceci peut expliquer au moins en partie un retard diagnostic et de prise en charge impactant la survie.

Concernant les signes de gravité recherchés, même si la majorité des praticiens répondait positivement pour la dysphagie, la dyspnée et la dysphonie (respectivement 96.6%, 91.4%, 84.6%), ces chiffres restent insuffisants devant l'urgence que ces symptômes, reflets d'une masse volumineuse et compressive, représentent avec un risque vital à court terme[40]. Deux tiers des MGs considéraient les ADPs comme un critère de gravité. Or, une ADP n'est pas un signe de gravité[54]. Elle peut néanmoins être suspecte et faire redouter un processus néoplasique[17].

Le risque qu'une MCRP soit néoplasique augmente avec l'âge du patient[13], or dans notre étude 19.1% des praticiens de notre échantillon considèrent qu'il y a moins d'urgence de prise en soins d'une MCRP dans cette population. De plus, en croisant ces données avec l'âge des répondants, on note une tendance à l'augmentation avec l'avancée en âge des praticiens sans qu'il y ait pour autant de différence significative. Cela nous amène à nous questionner sur l'intérêt d'une formation sur la conduite à tenir face à une MCRP pour une actualisation des connaissances à ce sujet.

Devant une MCRP, et ce d'autant plus si elle est suspecte de malignité, le scanner cervical ainsi que l'IRM cervicale sont à privilégier selon les recommandations de l'AAOS-HNS de 2017[10,12]. En revanche, si une étiologie thyroïdienne est suspectée, c'est l'échographie cervicale qui est recommandée en première intention[10,40]. Dans notre échantillon, l'échographie était le premier examen réalisé, en association ou non avec une TDM ou une IRM cervicale (27.4% des MGs prescrivait une échographie cervicale associée à une TDM cervicale, 20.6% une échographie cervicale seule et 13.7% une échographie cervicale associée à une IRM cervicale). Ainsi, on peut supposer que les praticiens répondants ont été influencés

par la présentation du questionnaire, qui évoquait des pathologies thyroïdiennes dès la question 7.

Dans notre échantillon, les MGs orientaient plus facilement un patient atteint d'une MCRP avec signes de gravité chez un spécialiste endocrinologue ou ORL (respectivement 48% et 46.9%) que chez un spécialiste de la chirurgie de la thyroïde ou au service d'accueil des urgences (respectivement 30.9% et 28%).

Cela entre en contradiction avec les délais déclarés par les MGs pour obtenir un rendez-vous : les médianes des délais étaient en effet de 37,4 jours pour l'ORL, 69,4 jours pour l'endocrinologue et de 47,6 jours pour le chirurgien de la thyroïde.

Ces délais moyens sont similaires aux données nationales concernant le spécialiste d'endocrinologie comme en témoigne un document de travail de 2015 de la DRESS[65]. Il y est en effet spécifié que le délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez l'endocrinologue est de 2 mois. En revanche, il est de 20 jours pour obtenir un rendez-vous chez le spécialiste ORL selon ce même document, délai moindre par rapport à notre échantillon. L'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) a publié en 2017 un observatoire de l'accès aux soins mettant en évidence un délai moyen de 43 jours pour obtenir un rendez-vous ORL[66]. Bien que cet observatoire soit basé sur des données déclaratives de patients, ces résultats semblent davantage correspondre aux données de notre échantillon.

Par ailleurs, en croisant les données des délais de rendez-vous au secteur d'activité des praticiens de notre échantillon, nous observons une tendance à des délais plus longs en secteur rural pour les trois spécialités confondues, alors même que plus de 30% de notre échantillon déclare exercer dans ce milieu. Ces délais rallongés montrent une inégalité d'accès aux soins potentiellement délétère pour les patients nécessitant une prise en charge en urgence, inégalité retrouvée également dans la littérature au niveau national[67]. Les données de la DREES de 2013 indiquent que seulement 4.4% des ORL exercent en secteur rural au niveau national. Concernant les endocrinologues, le constat est encore plus alarmant avec 2.6% d'exercice en zone rurale[61]. Ces données peuvent expliquer les délais de rendez-vous excessifs observés en secteur rural.

En cas de délai de rendez-vous jugé trop long par les praticiens de notre échantillon, la majorité d'entre eux (79.5%) appelait directement le spécialiste pour avancer le

rendez-vous. Dans une enquête de la DREES de 2008, il est spécifié que le MG contacte spontanément le spécialiste par téléphone ou par mail pour la prise de rendez-vous, soit pour raccourcir le délai rendez-vous (25% des cas), soit pour discuter de la prise en charge du patient (20% des cas)[68]. Étant donné la formulation de la question et la connaissance supposée du délai de rendez-vous par les praticiens interrogés, il est logique que les chiffres soient plus élevés à cette question dans notre étude.

### **Ressenti des médecins généralistes face à une masse cervicale rapidement progressive**

Certaines de nos données apportent des arguments quant à l'intérêt d'une formation sur la prise en charge des MCRPs : d'une part, seulement 46.6% de la population de notre échantillon rapportent se sentir à l'aise face à cette situation, d'autre part 63.2% déclarent être intéressés par une éventuelle formation type webinaire. De plus, il n'existe à ce jour aucune formation à ce sujet en France. Seules des recommandations sont disponibles sur internet, les dernières datant de 2017[10].

### **Autour du cancer anaplasique de la thyroïde**

Nous avons vu dans la littérature que le CAT est une pathologie rare[40,44–50]. Les données de notre étude vont dans ce sens : 50.3% des MGs de notre échantillon n'en ont jamais rencontré dans leur pratique.

Malgré cela, nous savons que sa gravité en fait une urgence diagnostique et thérapeutique[40,42]. Or, 46.6% des MGs de notre échantillon indiquent ne pas connaître le CAT. Seulement deux MGs ont cité le CAT comme cause de MCRP et seuls 15.5% connaissent le pronostic sombre qui lui est associé[50–53]. Ces chiffres illustrent le manque de connaissance de l'urgence diagnostic et thérapeutique de cette maladie qui pourrait directement impacter l'orientation des patients atteints d'un CAT.

Par ailleurs, nous avons mis en évidence l'absence de différence significative entre la connaissance du CAT par les praticiens et leurs caractéristiques socio-démographiques. On peut donc supposer que la carence de connaissances autour de ce cancer concerne l'ensemble des MGs.

De plus, comme vu précédemment, il existe un défaut d'adressage des MGs face à une MCRP. En effet, si les MGs attendent le rendez-vous avec le spécialiste d'endocrinologie (première orientation pour 16.1% des MGs interrogés, délai médian pour l'obtention d'un rendez-vous à 69,4 jours), le patient a de forts risques d'être métastatique puisque, pour rappel, le temps de doublement est de 3 à 12 jours pour le CAT[23].

## **Discussion de la méthode**

Dans le cadre de la réalisation de cette thèse, nous avons opté pour une étude quantitative observationnelle avec auto-questionnaire dans le but d'obtenir le point de vue des MGs des Hauts-de-France quant à la prise en charge d'une MCRP.

## **Forces et limites de l'étude**

### **Forces**

Notre questionnaire était résolument simple et court de façon à obtenir un maximum de réponses.

Jusqu'à présent, aucune étude ne s'était intéressée au parcours de soins proposé par les MGs face à une MCRP. Par ailleurs, bien que des recommandations existent quant à la prise en charge d'une MC en médecine de ville, ces dernières datent de 2017[10]. De plus, elles ne ciblent pas spécifiquement les MCRPs.

Par le biais de notre étude, nous avons obtenu un aperçu de la prise en charge proposée actuellement par les MGs des Hauts de France face à cette situation et notamment face au CAT.

Par ailleurs, avec un taux de participation de 61.1% nous avons pu obtenir un échantillon conséquent de 206 MGs.

### **Limites**

Nous pouvons considérer qu'il existe un biais de recrutement. En effet, seuls des MSU ont été invités à répondre au questionnaire, population que nous pouvons imaginer

plus sensible à la formation médicale. Ceci peut expliquer le fort taux de participation à notre étude (61,1%).

Par ailleurs, ceci entraîne également un biais de sélection, pouvant expliquer en partie les quelques discordances entre les données sociodémographiques de notre échantillon et celles de la population cible vues plus haut.

La question abordant le secteur d'activité manquait de précisions. Effectivement, les définitions propres à chaque terme (rural, urbain et rurbain) n'étant pas données, cela entraînait un biais d'interprétation.

Du fait de la méthodologie par auto-questionnaire et donc de données déclaratives non vérifiables, un biais de mesure est très probable.

La structuration du questionnaire entraînait un biais de subjectivité. En effet, les pathologies thyroïdiennes étant mentionnées très précocement, les médecins répondants ont pu être influencés dans leurs réponses.

Dans notre questionnaire, il n'était possible de répondre que de 3 manières au type d'activité : libéral exclusif, libéral et centre hospitalier (CH) et CH exclusif. Ceci constituait l'une des limites de notre étude puisque d'autres types d'activité existent notamment le travail combiné libéral et salarié dans un centre de santé.

Une relecture préalable par un panel de MGs aurait été souhaitable tout comme la réalisation d'une étude qualitative qui auraient permis de pallier les imprécisions mises en évidence dans notre questionnaire. De même, des questions supplémentaires sur notamment la fréquence du motif de consultation « MC » en MG auraient permis une meilleure approche de cette problématique.

## **Perspectives**

L'analyse des résultats de notre étude nous a permis de mettre en évidence des discordances entre les pratiques déclarées par notre échantillon et les recommandations en vigueur face à une MCRP concernant notamment les signes de gravité, les examens complémentaires prescrits et l'orientation du patient. Or, ces deux derniers éléments sont capitaux pour un diagnostic rapide, diagnostic rapide qui est primordial en cas de processus néoplasique.



Une meilleure connaissance des signes de gravité est également essentielle à la bonne orientation des patients.

Une actualisation des données semble ainsi pertinente, d'autant plus qu'il n'est pas rare de se retrouver confronté à cette situation en MG comme en atteste notre étude (57.1% de MGs déclarent avoir déjà été confrontés à une MCRP) mais également la littérature qui, sans spécifier si la masse évolue rapidement, expose la grande fréquence de ce motif de consultation[1,10–12].

Ce constat est également un argument au développement d'une formation autour du parcours de soins à proposer par les MGs aux patients se présentant avec une MCRP. Plusieurs modes de diffusion peuvent être envisagés : formation en présentiel, en visio-conférence, plateforme internet... Le développement d'une application indiquant le protocole à suivre en fonction des caractéristiques du patient et de sa MCRP pourrait également être un concept intéressant.

Par ailleurs, même si le manque de connaissances autour du CAT ne préjuge pas d'une mauvaise prise en charge d'une MCRP par les MGs, nous pouvons supposer que davantage de connaissances autour de ce cancer pourrait améliorer le parcours diagnostique et ainsi accélérer la prise en charge de cette pathologie gravissime.

Ainsi, cela nous conforte dans l'idée du besoin de développer un parcours dédié au CAT accessible aux praticiens de première ligne. La méconnaissance globale du CAT mise en évidence dans notre étude est un argument à la large diffusion de ce parcours de soins.

L'objectif serait de réduire le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic de CAT. Cela fait justement partie du projet « ANACOM », qui, en plus de cette thèse, prévoit de construire une plateforme sur internet dédiée au parcours de soins des patients suspects de présenter un CAT[59].

# Conclusion

Bien que les MCs soient un motif fréquent de consultation en MG, cette étude nous a permis de mettre en évidence des disparités de prise en charge des MGs face à une MCRP.

Étant donné la diversité des pathologies pouvant être à l'origine de ce symptôme, il nous paraît judicieux de développer des outils pour en harmoniser la prise en charge diagnostique et ce dans l'objectif d'améliorer la qualité de soins des patients.

De plus, mettre l'accent sur les pathologies nécessitant une prise en charge urgente semble essentiel pour augmenter les chances de survie des patients.

Ce travail s'inscrit dans le projet « ANACOM » qui tend à améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints d'un CAT.

# Liste des tableaux

<u>Tableau 1 : Localisation et drainage des ganglions cervicaux[8]</u> .....	12
<u>Tableau 2 : Étiologies des masses cervicales toutes zones confondues</u> .....	13
<u>Tableau 3 : Étiologies des masses cervicales spécifiques au triangle antérieur et à la ligne médiane</u> .....	14
<u>Tableau 4 : Caractéristiques générales des praticiens inclus dans l'étude</u> .....	29
<u>Tableau 5 : Nombre de goitre(s) suivi(s) en fonction de la durée d'activité et du secteur d'activité des praticiens</u> .....	31
<u>Tableau 6 : Diagnostics évoqués en 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> intention devant une masse cervicale rapidement progressive</u> .....	33
<u>Tableau 7 : Ensemble des trois 1<sup>ères</sup> hypothèses diagnostiques des médecins répondants face à une masse cervicale rapidement progressive</u> .....	35
<u>Tableau 8 : Examens complémentaires prescrits devant une masse cervicale rapidement progressive</u> .....	37
<u>Tableau 9 : Orientation vers un spécialiste (hors médecine générale) devant une masse cervicale rapidement progressive</u> .....	38
<u>Tableau 10 : Délais de rendez-vous chez le spécialiste en fonction du secteur d'activité</u> .....	40
<u>Tableau 11 : Retour d'expérience sur les masses cervicales rapidement progressives</u> .....	64
<u>Tableau 12 : Étude comparative univariée entre les caractéristiques socio-démographiques des praticiens et le fait qu'ils aient déjà été confrontés à une masse cervicale rapidement progressive dans leur pratique</u> .....	64
<u>Tableau 13 : Estimation du caractère d'urgence de prise en charge d'une masse cervicale rapidement progressive chez le sujet âgé en fonction de l'âge, du secteur d'activité et du sexe du praticien</u> .....	65
<u>Tableau 14 : Délais moyens de rendez-vous chez un spécialiste (hors médecine générale)</u> .....	66
<u>Tableau 15 : Attitude première des praticiens interrogés en cas de délai de rendez-vous jugé trop important</u> .....	66
<u>Tableau 16 : Ressenti des médecins interrogés face une à masse cervicale rapidement progressive et une éventuelle formation à ce sujet</u> .....	67
<u>Tableau 17 : Connaissances des praticiens du cancer anaplasique de la thyroïde</u> ..	67
<u>Tableau 18 : Étude comparative univariée entre la connaissance du cancer anaplasique de la thyroïde et les données socio-démographiques des praticiens</u> .....	67
<u>Tableau 19 : Ensemble des hypothèses diagnostiques des praticiens face à une masse cervicale rapidement progressive</u> .....	68

# Liste des figures

<u>Figure 1 : Anatomie du cou d'après palli-science[2]</u> .....	14
<u>Figure 2 : Ganglions de la tête et du cou d'après Robbins[7]</u> .....	16
<u>Figure 3 : Prise en charge d'une masse cervicale d'après Pynnonen[10]</u> .....	19
<u>Figure 4 : Aspect clinique d'un cancer anaplasique de la thyroïde[40]</u> .....	23
<u>Figure 5. Diagramme de flux Réponses complètes : questionnaire avec réponses à l'ensemble des questions. Réponses partielles : questionnaire avec absence d'au moins une réponse.</u> .....	29
<u>Figure 6 : Répartition du nombre de patient(s) avec goitre vu(s) par les praticiens interrogés</u> .....	31
<u>Figure 7 : Nombre de goitre(s) suivi(s) en fonction de la durée d'activité des praticiens</u> .....	31
<u>Figure 8 : Diagnostics évoqués en première intention devant une masse cervicale rapidement progressive</u> .....	34
<u>Figure 9 : Signes de gravité recherchés devant une masse cervicale rapidement progressive</u> .....	36
<u>Figure 10 : Pourcentage de praticiens estimant qu'il y a moins d'urgence de prise en soins d'une masse cervicale rapidement progressive chez le sujet âgé en fonction de l'âge des praticiens.</u> .....	36
<u>Figure 11 : Délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (hors médecine générale)</u> .....	39
<u>Figure 12 : Délai de rendez-vous chez le spécialiste d'endocrinologie en fonction du secteur d'activité</u> .....	40

# Références

- [1] Rosenberg TL, Brown JJ, Jefferson GD. Evaluating the Adult Patient with a Neck Mass. *Med Clin North Am* 2010;94:1017–29. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2010.05.007>.
- [2] Cou - ORL. *Palli-Sci* 2013. <https://palli-science.com/imageries-cou-ortl>.
- [3] UE5-Tête et du cou. *lille2p1* 2016. <https://lille2p1.wordpress.com/2016/01/10/ue5-tete-et-du-cou/> (accessed September 4, 2022).
- [4] Résumé G.Chakib 2017-2018. *My Stidia* n.d. <https://mystidia.com/resume-g-chakib-2017-2018-3/> (accessed September 4, 2022).
- [5] document.pdf n.d.
- [6] Kamina P. Anatomie clinique, Tête-Cou-Dos. 3e édition. n.d.
- [7] Veine faciale antérieure est une grosse veine par rapport au visage humain. *123RF* n.d. [https://fr.123rf.com/photo\\_46113261\\_veine-faciale-antérieure-est-une-grosse-veine-par-rapport-au-visage-humain.html](https://fr.123rf.com/photo_46113261_veine-faciale-antérieure-est-une-grosse-veine-par-rapport-au-visage-humain.html) (accessed September 4, 2022).
- [8] 7 MM AIRES GANGLIONNAIRES CERVICALES.pdf n.d.
- [9] Le cou (L. collum, cervix) | Région cervicale antérieure n.d. <http://www.bdyweb.net/structures-superficielles-du-cou-les-regions-cervicales/region-cervicale-laterale/region-cervicale-antérieure/> (accessed September 4, 2022).
- [10] Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, Rosenfeld RM, Tunkel DE, Bontempo L, et al. Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults. *Otolaryngol Neck Surg* 2017;157:S1–30. <https://doi.org/10.1177/0194599817722550>.
- [11] Haynes J, Arnold KR, Aguirre-Oskins C, Chandra S. Evaluation of Neck Masses in Adults. *Am Fam Physician* 2015;91:698–706.
- [12] Goffart Y, Hamoir M, Deron P, Claes J, Remacle M. Management of neck masses in adults n.d.:10.
- [13] McGuirt WF. THE NECK MASS. *Med Clin North Am* 1999;83:219–34. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(05\)70098-5](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(05)70098-5).
- [14] Pilly E. Maladies infectieuses et tropicales: prépa ECN, tous les items d’infectiologie. 6e éd. Paris: Alinéa plus; 2019.
- [15] O’Connor P, Jankovic D, Mamou MB, Reef S. Progress towards rubella elimination – WHO European Region, 2005–2019 2021:10.
- [16] Kramkimel N. La rougeole, un virus hépatotrope ! 2012:3.
- [17] Dufour I, Verstraete G, Raedemaeker J, Andreozzi F, Bailly S. Bilan d’adénopathie en médecine générale: quand rassurer et quand référer? n.d.:6.
- [18] Tandon S, Shahab R, Benton JI, Ghosh SK, Sheard J, Jones TM. Fine-needle aspiration cytology in a regional head and neck cancer center: comparison with a systematic review and meta-analysis. *Head Neck* 2008;30:1246–52. <https://doi.org/10.1002/hed.20849>.
- [19] Mallet Y, Lallemand B, Robin YM, Lefebvre JL. Cystic lymph node metastases of head and neck squamous cell carcinoma: pitfalls and controversies. *Oral Oncol* 2005;41:429–34. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2004.09.016>.
- [20] InfoCancer - ARCAGY - GINECO - En savoir Plus - Le cancer - La maladie - En

quelques mots... n.d. <http://www.arcagy.org/infocancer/en-savoir-plus/le-cancer/qu-est-ce-que-le-cancer/en-quelques-mots.html/> (accessed September 4, 2022).

[21] Irani S. Metastasis to head and neck area: a 16-year retrospective study. *Am J Otolaryngol* 2011;32:24–7. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2009.09.006>.

[22] Pietarinen-Runtti P, Apajalahti S, Robinson S, Passador-Santos F, Leivo I, Mäkitie AA. Cystic neck lesions: clinical, radiological and differential diagnostic considerations. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 2010;130:300–4. <https://doi.org/10.3109/00016480903127450>.

[23] Jannin A, Escande A, Al Ghuzlan A, Blanchard P, Hartl D, Chevalier B, et al. Anaplastic Thyroid Carcinoma: An Update. *Cancers* 2022;14:1061. <https://doi.org/10.3390/cancers14041061>.

[24] Masson E. Cancers de la cavité buccale : dépistage et facteurs de risque. EM-Consulte n.d. <https://www.em-consulte.com/article/261155/cancers-de-la-cavite-buccale-depistage-et-facteurs> (accessed September 4, 2022).

[25] Béatrix PB, Dominique D de R, Vincent PC, Sophie DT. COMITE D'ORGANISATION 2005:54.

[26] Si Youcef H, Fedala NS. Lymphomes primitifs de la thyroïde diagnostique et prise en charge. *Ann Endocrinol* 2020;81:341–2. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2020.07.563>.

[27] Brouha XDR, Tromp DM, Koole R, Hordijk GJ, Winnubst J a. M, de Leeuw JRJ. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. *Oral Oncol* 2007;43:551–6. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.06.002>.

[28] Bruun JP. Time lapse by diagnosis of oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;42:139–49. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(76\)90116-x](https://doi.org/10.1016/0030-4220(76)90116-x).

[29] McGurk M, Chan C, Jones J, O'regan E, Sherriff M. Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005;43:281–4. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2004.01.016>.

[30] Smith MM, Abrol A, Gardner GM. Assessing delays in laryngeal cancer treatment. *The Laryngoscope* 2016;126:1612–5. <https://doi.org/10.1002/lary.25734>.

[31] Huang J, Barbera L, Brouwers M, Browman G, Mackillop WJ. Does delay in starting treatment affect the outcomes of radiotherapy? A systematic review. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2003;21:555–63. <https://doi.org/10.1200/JCO.2003.04.171>.

[32] Kam D, Salib A, Gorgy G, Patel TD, Carniol ET, Eloy JA, et al. Incidence of Suicide in Patients With Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngol-- Head Neck Surg* 2015;141:1075–81. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2015.2480>.

[33] Koivunen P, Rantala N, Hyrynkangas K, Jokinen K, Alho OP. The impact of patient and professional diagnostic delays on survival in pharyngeal cancer. *Cancer* 2001;92:2885–91. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20011201\)92:11<2885::aid-cnrc10119>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20011201)92:11<2885::aid-cnrc10119>3.0.co;2-g).

[34] Hammerlid E, Silander E, Hörnestam L, Sullivan M. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer--a longitudinal study. *Head Neck* 2001;23:113–25. [https://doi.org/10.1002/1097-0347\(200102\)23:2<113::aid-hed1006>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/1097-0347(200102)23:2<113::aid-hed1006>3.0.co;2-w).

[35] Baishya N, Das AK, Krishnatreya M, Das A, Das K, Kataki AC, et al. A Pilot Study on Factors Associated with Presentation Delay in Patients Affected with Head and Neck Cancers. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP* 2015;16:4715–8. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.11.4715>.

- [36] Tan JY-A, Otty ZA, Vangaveti VN, Buttner P, Varma SC, Joshi AJ, et al. A prospective comparison of times to presentation and treatment of regional and remote head and neck patients in North Queensland, Australia. *Intern Med J* 2016;46:917–24. <https://doi.org/10.1111/imj.13138>.
- [37] *Cancer\_de\_la\_thyroïde\_du\_diagnostic\_au\_suivi\_mel\_20200605.pdf* n.d.
- [38] Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides n.d.:372.
- [39] Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin* 2016;66:7–30. <https://doi.org/10.3322/caac.21332>.
- [40] Jannin A, Escande A, Ghuzlan AA. Cancer anaplasique de la thyroïde n.d.:7.
- [41] Maniakas A, Dadu R, Busaidy NL, Wang JR, Ferrarotto R, Lu C, et al. Evaluation of Overall Survival in Patients With Anaplastic Thyroid Carcinoma, 2000-2019. *JAMA Oncol* 2020;6:1397–404. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.3362>.
- [42] Bible KC, Kebebew E, Brierley J, Brito JP, Cabanillas ME, Clark TJ, et al. 2021 American Thyroid Association Guidelines for Management of Patients with Anaplastic Thyroid Cancer. *Thyroid* 2021;31:337–86. <https://doi.org/10.1089/thy.2020.0944>.
- [43] Lin B, Ma H, Ma M, Zhang Z, Sun Z, Hsieh I, et al. The incidence and survival analysis for anaplastic thyroid cancer: a SEER database analysis. *Am J Transl Res* 2019;11:5888–96.
- [44] Ridder M de, Dijkum EN van, Engelsman A, Kapiteijn E, Klümpen H-J, Rasch CRN. Anaplastic thyroid carcinoma: a nationwide cohort study on incidence, treatment and survival in the Netherlands over 3 decades. *Eur J Endocrinol* 2020;183:203–9. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0080>.
- [45] Onoda N, Sugitani I, Ito K, Suzuki A, Higashiyama T, Fukumori T, et al. Evaluation of the 8th Edition TNM Classification for Anaplastic Thyroid Carcinoma. *Cancers* 2020;12:552. <https://doi.org/10.3390/cancers12030552>.
- [46] Janz TA, Neskey DM, Nguyen SA, Lentsch EJ. Is the incidence of anaplastic thyroid cancer increasing: A population based epidemiology study. *World J Otorhinolaryngol - Head Neck Surg* 2019;5:34–40. <https://doi.org/10.1016/j.wjorl.2018.05.006>.
- [47] Zivaljevic V, Slijepcevic N, Paunovic I, Diklic A, Kalezic N, Marinkovic J, et al. Risk Factors for Anaplastic Thyroid Cancer. *Int J Endocrinol* 2014;2014:815070. <https://doi.org/10.1155/2014/815070>.
- [48] Molinaro E, Romei C, Biagini A, Sabini E, Agate L, Mazzeo S, et al. Anaplastic thyroid carcinoma: from clinicopathology to genetics and advanced therapies. *Nat Rev Endocrinol* 2017;13:644–60. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.76>.
- [49] Kebebew E, Greenspan FS, Clark OH, Woeber KA, McMillan A. Anaplastic thyroid carcinoma. *Cancer* 2005;103:1330–5. <https://doi.org/10.1002/cncr.20936>.
- [50] Are C, Shaha AR. Anaplastic thyroid carcinoma: biology, pathogenesis, prognostic factors, and treatment approaches. *Ann Surg Oncol* 2006;13:453–64. <https://doi.org/10.1245/ASO.2006.05.042>.
- [51] De Crevoisier R, Baudin E, Bachelot A, Leboulleux S, Travagli J-P, Caillou B, et al. Combined treatment of anaplastic thyroid carcinoma with surgery, chemotherapy, and hyperfractionated accelerated external radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;60:1137–43. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2004.05.032>.

- [52] Xu B, Fuchs T, Dogan S, Landa I, Katabi N, Fagin JA, et al. Dissecting Anaplastic Thyroid Carcinoma: A Comprehensive Clinical, Histologic, Immunophenotypic, and Molecular Study of 360 Cases. *Thyroid* 2020;30:1505–17. <https://doi.org/10.1089/thy.2020.0086>.
- [53] Smallridge RC, Copland JA. Anaplastic Thyroid Carcinoma: Pathogenesis and Emerging Therapies. *Clin Oncol* 2010;22:486–97. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2010.03.013>.
- [54] Wendler J, Kroiss M, Gast K, Kreissl MC, Allelein S, Lichtenauer U, et al. Clinical presentation, treatment and outcome of anaplastic thyroid carcinoma: results of a multicenter study in Germany. *Eur J Endocrinol* 2016;175:521–9. <https://doi.org/10.1530/EJE-16-0574>.
- [55] Song T, Chen L, Zhang H, Lu Y, Yu K, Zhan W, et al. Multimodal treatment based on thyroidectomy improves survival in patients with metastatic anaplastic thyroid carcinoma: a SEER analysis from 1998 to 2015. *Gland Surg* 2020;9:1205213–1201213. <https://doi.org/10.21037/gS-20-503>.
- [56] Liu T-R, Xiao Z-W, Xu H-N, Long Z, Wei F-Q, Zhuang S-M, et al. Treatment and Prognosis of Anaplastic Thyroid Carcinoma: A Clinical Study of 50 Cases. *PLOS ONE* 2016;11:e0164840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164840>.
- [57] Nachalon Y, Stern-Shavit S, Bachar G, Shvero J, Limon D, Popovtzer A. Aggressive Palliation and Survival in Anaplastic Thyroid Carcinoma. *JAMA Otolaryngol Neck Surg* 2015;141:1128–32. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2015.2332>.
- [58] Huang N, Shi X, Lei B, Wei W, Lu Z, Yu P, et al. An Update of the Appropriate Treatment Strategies in Anaplastic Thyroid Cancer: A Population-Based Study of 735 Patients. *Int J Endocrinol* 2019;2019:e8428547. <https://doi.org/10.1155/2019/8428547>.
- [59] DOSSIER PROJET 2020.pdf n.d.
- [60] Tableaux statistiques n.d. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/donnees/liste-complete-tableaux-statistiques> (accessed August 25, 2022).
- [61] Les médecins au 1er janvier 2013 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques n.d. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-medecins-au-1er-janvier-2013> (accessed August 28, 2022).
- [62] Patientèle des médecins libéraux APE par région en 2020 | L'Assurance Maladie n.d. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/patientele-medecins-liberaux-ape-region-2020> (accessed August 28, 2022).
- [63] chevalier.n@chu-nice.fr. Item 241 - Goitre. *Société Fr Endocrinol* 2022. <https://www.sfendocrino.org/item-241-goitre-2/> (accessed August 28, 2022).
- [64] Hoang VT, Trinh CT. A Review of the Pathology, Diagnosis and Management of Colloid Goitre. *Eur Endocrinol* 2020;16:131–5. <https://doi.org/10.17925/EE.2020.16.2.131>.
- [65] Cash E, Cash R, Dupilet C, Pinilo M, Richard T. Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins n.d.:144.
- [66] Accès aux soins : les délais d'attente pour les rendez-vous médicaux s'allongent encore 2017.
- [67] er1085-2.pdf n.d.
- [68] Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié n.d.:8.





# Annexe 1 – Classification OMS 2017 des cancers thyroïdiens

WHO classification of tumours of the thyroid gland (2017)		
<b>Follicular adenoma</b>	8330/0	<b>Paraganglioma and mesenchymal/stromal tumours</b>
<b>Hyalinizing trabecular tumour</b>	8336/1*	Paraganglioma
<b>Other encapsulated follicular-patterned thyroid tumours</b>		Peripheral nerve sheath tumours (PNSTs)
Follicular tumour of uncertain malignant potential	8335/1*	Schwannoma
Well-differentiated tumour of uncertain malignant potential	8348/1*	Malignant PNST
Noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features	8349/1*	Benign vascular tumours
<b>Papillary thyroid carcinoma (PTC)</b>		Haemangioma
Papillary carcinoma	8260/3	Cavernous haemangioma
Follicular variant of PTC	8340/3	Lymphangioma
Encapsulated variant of PTC	8343/3	Angiosarcoma
Papillary microcarcinoma	8341/3	Smooth muscle tumours
Columnar cell variant of PTC	8344/3	Leiomyoma
Oncocytic variant of PTC	8342/3	Leiomyosarcoma
<b>Follicular thyroid carcinoma (FTC), NOS</b>	8330/3	Solitary fibrous tumour
FTC, minimally invasive	8335/3	<b>Hematolymphoid tumours</b>
FTC, encapsulated angioinvasive	8339/3	Langerhans cell histiocytosis
FTC, widely invasive	8330/3	Rosai-Dorfman disease
<b>Hürthle (oncocytic) cell tumours</b>		Follicular dendritic cell sarcoma
Hürthle cell adenoma	8290/0	Primary thyroid lymphoma
Hürthle cell carcinoma	8290/3	<b>Germ cell tumours</b>
<b>Poorly differentiated thyroid carcinoma</b>	8337/3	Benign teratoma
<b>Anaplastic thyroid carcinoma</b>	8020/3	Immature teratoma
<b>Squamous cell carcinoma</b>	8070/3	Malignant teratoma
<b>Medullary thyroid carcinoma</b>	8345/3	<b>Secondary tumours</b>
<b>Mixed medullary and follicular thyroid carcinoma</b>	8346/3	
<b>Mucoepidermoid carcinoma</b>	8430/3	
<b>Sclerosing mucoepidermoid carcinoma with eosinophilia</b>	8430/3	
<b>Mucinous carcinoma</b>	8480/3	
<b>Ectopic thymoma</b>	8580/3	
<b>Spindle epithelial tumour with thymus-like differentiation</b>	8588/3	
<b>Intrathyroid thymic carcinoma</b>	8589/3	

The first four digits indicate the specific histological term; the fifth digit after the slash (/) is the behavior code, including /0 for benign tumours, /1 for unspecified, borderline, or uncertain behavior, /2 for carcinoma in situ and grade III intraepithelial neoplasia, and /3 for malignant tumours

\* These new codes were approved by the IARC/WHO Committee for ICD-O

## Annexe 2 – Classification TNM du cancer anaplasique de la thyroïde d’après l’article Cancer anaplasique de la thyroïde de A. Jannin et al.[40]

Stade du CAT	Correspondance	TNM
<b>Stade IVa</b>	T1-3a, N0 et M0	T1a : $\leq 1$ cm T1b : $1 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 2 \text{ cm}$ T2 : $2 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 4 \text{ cm}$ , limitée à la thyroïde T3a : $> 4\text{cm}$ , limité à la thyroïde
<b>Stade IVb</b>	T1-3a, N1 et M0  OU T3-T4b, tout N et M0	T3b : tumeur avec extension extrathyroïdienne uniquement aux muscles du cou  T4a : tumeur envahissant tissus sous-cutanés, voies aérodigestives ou le nerf laryngé  T4b : tumeur envahissant le fascia prévertébral ou l’artère carotide ou des gros vaisseaux médiastinaux
<b>Stade IVc</b>	Tout T, tout N et M1	

CAT : cancer anaplasique de la thyroïde ; TNM : *Tumor, Node, Metastasis*.

# Annexe 3 - Questionnaire

1. Êtes-vous un(e) :
  - Homme
  - Femme
  - Ne souhaite pas se prononcer
  
2. Dans quelle classe d'âge vous situez-vous ?
  - 25 – 29 ans
  - 30 – 39 ans
  - 40 – 49 ans
  - 50 – 59 ans
  - 60 – 69 ans
  - ≥ 70 ans
  
3. Depuis combien d'années exercez-vous ?
  - 1 – 9 ans
  - 10 – 19 ans
  - 20 – 29 ans
  - 30 – 39 ans
  - ≥ 40 ans
  
4. Quel type d'activité exercez-vous ?
  - Libérale exclusive
  - Mixte : libérale et centre hospitalier
  - Centre hospitalier exclusif
  
5. Dans quel secteur exercez-vous ?
  - Rural
  - Urbain
  - Rurbain (*lieu de vie rural, lieu de travail urbain*)
  
6. A quelle distance se situe votre lieu d'exercice par rapport au centre hospitalier universitaire de Lille ?
  - 0 – 20km
  - 21 – 40km
  - > 40km
  
7. Combien de patient(s) atteint(s) d'un goitre pensez-vous avoir vu(s) au cours de votre exercice ?
  - 0 – 10
  - 11 – 30
  - 31 – 50
  - 51 – 99
  - ≥ 100

8. Dans votre pratique, avez-vous déjà été confronté(e) à une masse cervicale rapidement évolutive (*en moins d'un mois de temps*) ?
- Oui
  - Non
9. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous devant une masse cervicale rapidement évolutive ?
- Réponse libre*
10. Pensez-vous qu'il y ait moins d'urgence de prise en soins d'une masse cervicale rapidement évolutive chez un sujet âgé ?
- Oui
  - Non
11. Quel(s) signe(s) de gravité potentiel(s) recherchez-vous devant une masse cervicale rapidement évolutive ?
- Dysphagie
  - Dyspnée
  - Adénopathies
  - Dysphonie
12. Si un patient présente une volumineuse masse cervicale rapidement évolutive, quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ?
- Échographie cervicale
  - Scanner cervical
  - IRM cervicale
  - Scintigraphie à l'iode
  - Autre : ...
13. Si un patient présente un volumineux goitre rapidement progressif et responsable d'un ou plusieurs signe(s) de gravité sélectionné(s) à la question 11, à qui adressez-vous votre patient ?
- Médecin spécialisé en ORL
  - Médecin spécialisé en endocrinologie
  - Service d'accueil des urgences
  - Chirurgien de la thyroïde
  - Autre : ...
14. Quel est le délai moyen pour obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialisé en ORL dans votre secteur ?
- 0 – 14 jours
  - 15 – 29 jours
  - 1 – 3 mois
  - > 3 mois

15. Quel est le délai moyen pour obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialisé en endocrinologie dans votre secteur ?
- 0 – 14 jours
  - 15 – 29 jours
  - 1 – 3 mois
  - > 3 mois
16. Quel est le délai moyen pour obtenir un rendez-vous avec un chirurgien de la thyroïde dans votre secteur ?
- 0 – 14 jours
  - 15 – 29 jours
  - 1 – 3 mois
  - > 3 mois
17. Que faites-vous si vous jugez que le délai de rendez-vous (*soit chez le spécialiste soit pour la réalisation des examens complémentaires*) vous semble trop important ?
- Réponse libre*
18. Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en soins des masses cervicales rapidement évolutives ?
- Oui
  - Non
19. Si une formation médicale de type webinaire d'une heure vous est proposée, y participeriez-vous ?
- Oui
  - Non
20. Connaissez-vous le cancer anaplasique ou indifférencié de la thyroïde ?
- Oui
  - Non
21. Si oui, combien de patient(s) atteint(s) de cette pathologie avez-vous suivi(s) ?
- 0
  - 1
  - 2
  - 3
  - > 3
  - Non
- concerné(e)
22. Si le carcinome anaplasique de la thyroïde est métastatique, quel est selon vous la survie globale médiane ?
- 6 mois
  - 1 an
  - 2 ans
  - 5 ans

- Je ne sais pas

## Annexe 4 – Tableaux complémentaires

**Tableau 11 : Retour d'expérience sur les masses cervicales rapidement progressives**

Caractéristiques	Réponses analysables (N = 175)	
<b>Nombre de patients suivis pour un goitre :</b>		
<b>Médiane (IQR)</b>	<b>23,7 (12,5 – 40,1)</b>	
<b>0 – 10</b>	38	21.7%
<b>11 – 30</b>	74	42.3%
<b>31 – 50</b>	40	22.9%
<b>51 – 99</b>	12	6.8%
<b>≥ 100</b>	11	6.3%
<b>Praticiens confrontés à une MCRP :</b>		
<b>Oui</b>	100	57.1%
<b>Non</b>	75	42.9%

IQR : intervalle interquartile ; MCRP : masse cervicale rapidement progressive.

**Tableau 12 : Étude comparative univariée entre les caractéristiques socio-démographiques des praticiens et le fait qu'ils aient déjà été confrontés à une masse cervicale rapidement progressive dans leur pratique**

Confrontation ou non à une MCRP	Oui (N = 100)	Non (N = 75)	Total (N = 175)	p-value
---------------------------------	---------------	--------------	-----------------	---------



<b>Classe âge :</b>							p = 0,220
<b>25 – 29 ans</b>	1	1.0%	5	6.7%	6	3.4%	
<b>30 – 39 ans</b>	25	25.0%	23	30.7%	48	27.4%	
<b>40 – 49 ans</b>	27	27.0%	14	18.7%	41	23.4%	
<b>50 – 59 ans</b>	23	23.0%	14	18.7%	37	21.1%	
<b>60 – 69 ans</b>	23	23.0%	19	25.3%	42	24.0%	
<b>≥ 70 ans</b>	1	1.0%	0	0.0%	1	0.6%	p = 0.580
<b>Sexe :</b>							
<b>Homme</b>	68	68.0%	48	64.0%	116	95.4%	
<b>Femme</b>	32	32.0%	27	36.0%	59	33.7%	p = 0,726
<b>Type d'activité :</b>							
<b>Libérale exclusive</b>	96	96.0%	71	94.7%	167	95.4%	
<b>Mixte : libérale et CH</b>	4	4.0%	4	5.3%	8	4.6%	
<b>CH exclusif</b>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
<b>Secteur :</b>							p = 0,338
<b>Rural</b>	34	34.0%	19	25.3%	53	30.3%	
<b>Rurbain</b>	18	18.0%	19	25.3%	37	21.1%	
<b>Urbain</b>	48	48.0%	37	49.3%	85	48.6%	
<b>Distance par rapport au CHU :</b>							p = 0,724
<b>0 – 20 km</b>	28	28.0%	21	28.0%	49	28.0%	
<b>21 – 40 km</b>	22	22.0%	13	17.3%	35	20.0%	
<b>&gt; 40 km</b>	50	50.0%	41	54.7%	91	52.0%	p = 0,261
<b>Durée d'exercice</b>							
<b>1 – 9 ans</b>	24	24.0%	27	36.0%	51	29.1%	
<b>10 – 19 ans</b>	28	28.0%	15	20.0%	43	24.6%	
<b>20 – 29 ans</b>	20	20.0%	17	22.7%	37	21.1%	
<b>30 – 39 ans</b>	26	26.0%	16	21.3%	42	24.0%	
<b>≥ 40 ans</b>	2	2.0%	0	0.0%	2	1.1%	

MCRP : masse cervicale rapidement progressive ; CH : centre hospitalier ; Rurbain : lieu de vie rural, lieu de travail urbain ; CHU : centre hospitalier universitaire de Lille.

**Tableau 13 : Estimation du caractère d'urgence de prise en charge d'une masse cervicale rapidement progressive chez le sujet âgé en fonction de l'âge, du secteur d'activité et du sexe du praticien**

Moindre urgence chez le sujet âgé	Oui	Non	Total	p-value
-----------------------------------	-----	-----	-------	---------

<b>Classe âge :</b>							p = 0,796
<b>25 – 29 ans</b>	0	0.0%	6	4.3%	6	3.5%	
<b>30 – 39 ans</b>	9	27.3%	38	27.1%	47	27.2%	
<b>40 – 49 ans</b>	7	21.2%	34	24.3%	41	23.7%	
<b>50 – 59 ans</b>	7	21.2%	29	20.7%	36	20.8%	
<b>60 – 69 ans</b>	10	30.3%	32	22.9%	42	24.3%	
<b>≥ 70 ans</b>	0	0.0%	1	0.7%	1	0.6%	
<b>Secteur :</b>							p = 0,274
<b>Rural</b>	13	39.4%	39	27.9%	52	30.1%	
<b>Rurbain</b>	8	24.2%	29	20.7%	37	21.4%	
<b>Urbain</b>	12	36.4%	72	51.4%	84	48.6%	
<b>Sexe :</b>							p = 0,917
<b>Homme</b>	22	66.7%	92	65.7%	114	65.9%	
<b>Femme</b>	11	33.3%	48	34.3%	59	34.1%	

Rurbain : lieu de vie rural, lieu de travail urbain.

**Tableau 14 : Délais moyens de rendez-vous chez un spécialiste (hors médecine générale)**

<b>Délai moyen pour obtenir un rendez-vous</b>	<b>Réponses analysables (N = 174)</b>	
<b>ORL :</b>		
<b>Médiane (IQR)</b>		<b>37,4 (17,9 – 83,2)</b>
<b>0 – 14 jours</b>	34	19.5%
<b>15 – 29 jours</b>	46	26.4%
<b>1 – 3 mois</b>	57	32.8%
<b>&gt; 3 mois</b>	37	21.3%
<b>Endocrinologue :</b>		
<b>Médiane (IQR)</b>		<b>69,4 (30,5 – NC)</b>
<b>0 – 14 jours</b>	14	8.0%
<b>15 – 29 jours</b>	29	16.7%
<b>1 – 3 mois</b>	67	38.5%
<b>&gt; 3 mois</b>	64	36.8%
<b>Chirurgien de la thyroïde :</b>		
<b>Médiane (IQR)</b>		<b>47,6 (21,7 – 82,4)</b>
<b>0 – 14 jours</b>	24	13.8%
<b>15 – 29 jours</b>	41	23.6%
<b>1 – 3 mois</b>	75	43.1%
<b>&gt; 3 mois</b>	34	19.5%

IQR : intervalle interquartile ; NC : non calculable.

**Tableau 15 : Attitude première des praticiens interrogés en cas de délai de rendez-vous jugé trop important**

<b>Attitude première des praticiens en cas de délai de rendez-vous trop important</b>	<b>Réponses analysables (N = 166)</b>
---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

<b>Appel direct du spécialiste</b>	132	79.5%
<b>Adressage aux urgences</b>	15	9.1%
<b>Avis spécialiste intra-hospitalier</b>	13	7.8%
<b>Adressage vers un autre secteur</b>	3	1.8%
<b>Début du bilan</b>	3	1.8%

Tableau 16 : Ressenti des médecins interrogés face une à masse cervicale rapidement progressive et une éventuelle formation à ce sujet

<b>Caractéristiques</b>	<b>Réponses analysables (N = 174)</b>	
<b>Aisance face à une MCRP :</b>		
<b>Oui</b>	81	46.6%
<b>Non</b>	93	53.4%
<b>Intérêt pour une formation médicale de type webinaire d'une heure :</b>		
<b>Oui</b>	110	63.2%
<b>Non</b>	64	36.8%

MCRP : masse cervicale rapidement progressive.

Tableau 17 : Connaissances des praticiens du cancer anaplasique de la thyroïde

<b>Caractéristiques</b>	<b>Réponses analysables (N = X)</b>	
<b>Connaissance du CAT :</b>	N = 174	
<b>Oui</b>	93	53.4%
<b>Non</b>	81	46.6%
<b>Patient(s) atteint(s) de CAT suivi(s) :</b>	N = 171	
<b>0</b>	81	47.4%
<b>1</b>	27	15.8%
<b>2</b>	17	9.9%
<b>3</b>	8	4.7%
<b>&gt; 3</b>	5	2.9%
<b>Non concerné(e)</b>	33	19.3%
<b>Estimation de la survie globale médiane du CAT métastatique :</b>	N = 174	
<b>6 mois</b>	27	15.5%
<b>1 an</b>	22	12.6%
<b>2 ans</b>	11	6.3%
<b>5 ans</b>	7	4.0%
<b>Je ne sais pas</b>	107	61.5%

CAT : cancer anaplasique de la thyroïde.

Tableau 18 : Étude comparative univariée entre la connaissance du cancer anaplasique de la thyroïde et les données socio-démographiques des praticiens

<b>Connaissance du CAT</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>	<b>p-value</b>
----------------------------	------------	------------	--------------	----------------

<b>Classe âge :</b>							0,384
<b>25 – 29 ans</b>	3	3.2%	3	3.7%	6	3.4%	
<b>30 – 39 ans</b>	22	23.7%	25	30.9%	47	27.0%	
<b>40 – 49 ans</b>	22	23.7%	19	23.5%	41	23.6%	
<b>50 – 59 ans</b>	25	26.9%	12	14.8%	37	21.3%	
<b>60 – 69 ans</b>	20	21.5%	22	27.2%	42	24.1%	
<b>≥ 70 ans</b>	1	1.1%	0	0.0%	1	0.6%	
<b>Sexe :</b>							0,881
<b>Homme</b>	61	65.6%	54	66.7%	115	66.1%	
<b>Femme</b>	32	34.4%	27	33.3%	59	33.9%	
<b>Secteur :</b>							0,53
<b>Rural</b>	25	26.9%	27	33.3%	52	29.9%	
<b>Rurbain</b>	19	20.4%	18	22.2%	37	21.3%	
<b>Urbain</b>	49	52.7%	36	44.4%	85	48.9%	
<b>Distance par rapport au CHU :</b>							0,093
<b>0 – 20 km</b>	31	33.3%	18	22.2%	49	28.2%	
<b>21 – 40 km</b>	21	22.6%	14	17.3%	35	20.1%	
<b>&gt; 40 km</b>	41	44.1%	49	60.5%	90	51.7%	
<b>Durée d'exercice</b>							0,49
<b>1 – 9 ans</b>	23	24.7%	27	33.3%	50	28.7%	
<b>10 – 19 ans</b>	25	26.9%	18	22.2%	43	24.7%	
<b>20 – 29 ans</b>	21	22.6%	16	19.8%	37	21.3%	
<b>30 – 39 ans</b>	22	23.7%	20	24.7%	42	24.1%	
<b>≥ 40 ans</b>	2	2.2%	0	0.0%	2	1.1%	

CAT : cancer anaplasique de la thyroïde ; Rurbain : lieu de vie rural, lieu de travail urbain ; CHU : centre hospitalier universitaire de Lille.

**Tableau 19 : Ensemble des hypothèses diagnostiques des praticiens face à une masse cervicale rapidement progressive**

<b>Ensemble des hypothèses diagnostiques</b>	<b>Réponses analysables</b>	
<b>Pathologie néoplasique (N = 164)</b>	<b>143</b>	<b>87.2%</b>
<b>Cancer thyroïdien</b>	<b>75</b>	<b>45.7%</b>

Cancer ORL	48	29.2%
Cancer sans précision	39	23.8%
ADP néoplasique	29	17.7%
Métastase	9	5.4%
Hémopathie	63	38.4%
Sarcome	4	2.4%
Cancer digestif	4	2.4%
Thymome	3	1.8%
Cancer neuroendocrine	1	0.6%
<b><u>Tumeur bénigne (N = 164)</u></b>	<b>84</b>	<b>51.2%</b>
<i>Nodule, adénome, goitre</i>	66	40.2%
Nodule thyroïdien	18	11.0%
Adénome thyroïdien	1	0.6%
Goitre thyroïdien	58	35.3%
<i>Pathologie thyroïdienne</i>	23	14.0%
Hématocèle thyroïdien	16	9.8%
Non précisée	12	7.3%
<b><u>Pathologie infectieuse (N = 164)</u></b>	<b>69</b>	<b>51.5%</b>
ADP infectieuse	31	18.9%
Abcès	21	12.8%
Infection sans précision	18	11.0%
Syphilis	1	0.6%
Tuberculose	1	0.6%
MNI	3	1.8%
Phlegmon	6	3.7%
Toxoplasmose	1	0.6%
Maladie des griffes du chat	3	1.8%
Cellulite	2	1.2%
<b><u>Pathologie inflammatoire (N = 164)</u></b>	<b>31</b>	<b>18.9%</b>
Parotidite	14	8.5%
Thyroïdite	15	9.1%
Maladie de Basedow	10	6.0%
<b><u>Pathologie vasculaire (N = 164)</u></b>	<b>12</b>	<b>7.3%</b>
Anévrisme	7	4.3%
MAV	2	1.2%
Malformation lymphatique	2	1.2%
Syndrome cave supérieur	1	0.6%
Non précisée	2	1.2%
<b><u>Autres (N = 164)</u></b>	<b>81</b>	<b>49.4%</b>
Adénopathie	56	34.1%
Allergie dont œdème de Quincke	2	1.2%
Lithiase salivaire	14	8.5%
Kyste	19	11.6%
Pathologie dentaire	1	0.6%
Lésion parotidienne	1	0.6%
Diverticule de Zenker	3	1.8%
Lipome	2	1.2%
Pathologie digestive	1	0.6%
Hématome	1	0.6%

ADP : adénopathie ; MNI : mononucléose infectieuse ; MAV : malformation artério-veineuse.

**AUTEURE : Nom : LIENARD**

**Prénom : Juliette**

**Date de soutenance : 04 octobre 2022**

**Titre de la thèse : Analyse des pratiques des médecins généralistes des Hauts de France face à une masse cervicale rapidement progressive**

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES : Médecine générale**

**Mots-clés :** masse cervicale, médecine générale, parcours de soins, état des lieux, cancer anaplasique de la thyroïde

**Résumé :**

**Contexte :** Les masses cervicales rapidement progressives (MCRPs) sont un motif fréquent de consultation en médecine générale (MG) pouvant être le premier symptôme d'étiologies nécessitant un diagnostic urgent, notamment le cancer anaplasique de la thyroïde (CAT). L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux permettant d'appréhender la démarche diagnostique actuelle appliquée aux MCRPs et la filière de soins proposée par les médecins généralistes (MGs) des Hauts de France. Nous en rapportons pour la première fois un aperçu.

**Matériel et méthodes :** Un questionnaire en ligne a été envoyé aux 350 MGs exerçant la fonction de maître de stage universitaire dans les Hauts de France. Les questions s'intéressaient aux connaissances et pratiques actuelles des MGs face à une MCRP dont le CAT.

**Résultats :** Deux cent six MGs ont répondu à notre questionnaire, principalement des hommes (66.5%), d'un âge médian à 46,9 ans (IQR 36,7 – 58,9) ayant une pratique libérale exclusive (94.7%). Les premiers cadres étiologiques proposés étaient : pathologie néoplasique (43.9% dont 12.8% de cancers thyroïdiens), tumeur bénigne (17.1%), pathologie infectieuse (15.2%), pathologie inflammatoire (2.4%), pathologie vasculaire (0.6%) et d'autres pathologies (20.8%). Le premier examen complémentaire prescrit était l'échographie cervicale associée ou non à d'autres examens (78.9%). L'endocrinologue était le premier médecin vers qui les MGs orientaient leur patient (16.1%) en regard d'un délai médian d'obtention de rendez-vous à 69,4 jours. Bien que la majorité des MGs eût déjà été confrontée à une MCRP (57.1%), 53.4% ne se sentaient pas à l'aise face à cette situation et la majorité (63.2%) était intéressée par une formation. Quarante-six virgule six pour cent des MGs ont déclaré ne pas connaître le CAT. Parmi ceux le connaissant, 33.3% en avaient suivi personnellement. La médiane de survie supposée parmi les MGs s'étant prononcés (38.5%) était de 1 an.

**Conclusion :** Des discordances de prise en charge ont été mises en évidence en regard des recommandations en vigueur face à une masse cervicale (MC) concernant notamment les examens complémentaires prescrits et l'orientation du patient pourtant essentiels à un diagnostic rapide. Du fait de la grande fréquence des MCRPs en MG et de la carence de connaissances mise en évidence au cours de cette étude, le développement d'une formation et/ou d'un parcours de soins dédié aux MCRPs semblent judicieux. Par ailleurs, davantage de connaissances du CAT pourrait améliorer le parcours diagnostique et ainsi accélérer la prise en charge de cette pathologie gravissime. Cela nous conforte dans l'idée du besoin de développer un parcours dédié aux CATs accessible aux praticiens de première ligne.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Marie-Christine VANTYGHEM**

**Asseseurs : Dr Jan BARAN, Dr Fanny SERMAN**

**Directeur de thèse : Dr Arnaud JANNIN**