

Nodules Thyroïdiens

Indications chirurgicales

Colloque médico-chirurgical

Hôpital Privé de la Loire

28 novembre 2013

Dr Gil FREY

Définition du nodule thyroïdien

- Hypertrophie localisée de la thyroïde
 - Clinique : 4 à 10 mm diamètre (n. superficiel, cou long et mince)
 - Echographie : 1 à 3 mm
 - Histologie : foyer d'hyperplasie

Nature des principaux nodules

■ Benins

- Adénomes vésiculaires
- Kystes simples ou hémorragiques (hématocele)
- Thyroïdites aiguës, subaiguës ou chroniques

■ Malins

- Cancers papillaires, vésiculaires, médullaires, anaplasiques
- Lymphomes
- métastases

Recommandations

- Issues du Congrès de Nice 2009 réunissant les différentes sociétés savantes
 - Publiées sous l'égide de la Société Française d'Endocrinologie

Recommandations de la Société française d'endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens; SFE, France; Press Med. 2011; 40:793-826

Recommandations

- Il n'existe pas d'organigramme décisionnel en raison de nombreuses situations frontières.
- Toutefois depuis l'utilisation de la Classification TIRADS échographique et depuis la conférence de Bethesda en 2007 (1) l'on peut répondre clairement à de nombreuses situations si l'on considère deux questions
 - **Qui opérer?**
 - **Pour qui demander un avis spécialisé?**

(1) The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology
Edmund S. Cibas, and Syed Z. Ali ; *Am J Clin Pathol* 2009;132:658-665

Qui opérer?

Nodule

- ❑ Compression
- ❑ Toxique
- ❑ Cancer
- ❑ Suspicion de cancer (TIRADS \geq 4B, BETHESDA \geq 4)

Une seule croix \rightarrow chirurgie

Quand demander un avis spécialisé?

- ❑ Goitre plongeant (GMNH plongeant)
- ❑ Pb esthétique
- ❑ Cancérophobie
- ❑ Macronodule (> 2,5 à 3 cm) : Taille non corrélée au risque de cancer mais s'il s'agit d'un cancer le stade T est facteur pronostic péjoratif.
- ❑ Modifications au cours de la surveillance (hématocèle après ponction etc...)
- ❑ Bethesda 3 deux fois consécutifs (LFSI) sur nodule plein ou mixte

Thyroïdectomie

- Totale de plus en plus souvent (>lobo isthmectomie)
- Avenir proche : ambulatoire de 24 heures
- Entrée J-1 ou J0, sortie J+1 ou J+2
- Information pré opératoire
 - Paralysie récurrentielle (2 à 5 % séries)
 - Hypocalcémie post-opératoire (20%)
 - Hématome compressif (exceptionnel)
 - Cicatrice hypertrophique
- Progrès : THERMOFUSION et NEUROSTIMULATION NERF RECURRENT