

5

## Actualités de l'insuffisance cardiaque, par le Docteur THEVENIN, cardiologue.

L'insuffisance cardiaque a une prévalence de 5% en Europe. Elle garde un mauvais pronostic et nécessite une prise en charge active.

Le Docteur THEVENIN revient sur les critères diagnostiques de l'insuffisance cardiaque, puis fait le point sur les traitements actuels, en particulier les nouvelles

molécules (eplerenone, ivabradine, serelaxine), les traitements non pharmacologiques (défibrillateur, resynchronisation cardiaque), ainsi que la prise en charge multidisciplinaire.



Insuffisance cardiaque DIASTOLIQUE à fonction systolique préservée FE ≥ 50%

Insuffisance cardiaque SYSTOLIQUE à fonction systolique altérée FE < 50%



Dr THEVENIN

# INFORMATION

Le Centre d'Imagerie Nucléaire a eu l'honneur d'être choisi pour organiser le colloque annuel de Société Française de Médecine Nucléaire en 2014. C'est la première fois qu'un service de médecine nucléaire libéral se voit confier l'organisation de cet événement.

Le colloque aura lieu du 16 au 19 mai au centre des congrès de Saint-Etienne et sera présidé par le Docteur Eric GREMILLET. Environ 600 participants sont attendus. La Conférence Médicale d'Établissement de l'HPL et le groupe GDS font partie des sponsors officiels du colloque.

Société Française de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire

**52<sup>e</sup> COLLOQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE DE LANGUE FRANÇAISE**

Inscriptions et informations Colloque : [www.sfmn.org](http://www.sfmn.org)

**SAINT ETIENNE du 16 au 19 mai 2014**

XXXII<sup>e</sup> Journées d'études et de formation AFTMN  
3<sup>e</sup> Journées communes de Physique médicale en médecine nucléaire

Et le soutien des Industriels Partenaires et de l'AFIMM

## Numéro 2

[www.hopitalprivedelaloire.fr](http://www.hopitalprivedelaloire.fr)

Standard: 08-26-30-42-42 (0.15€ ttc/min)

Urgences: 04-77-42-28-00 (24h/24)

[hpl.contact@gsante.fr](mailto:hpl.contact@gsante.fr)



AVRIL 2014

Journal d'information santé

## Edito

Un grand merci tout d'abord aux orateurs pour la qualité de leurs exposés et aux participants toujours plus nombreux.

La nouveauté est la mise en ligne des exposés avec le lien ci-dessous. Nous espérons ainsi créer une mini bibliothèque virtuelle accessible à tous, avec des sujets concrets. Un autre projet de vidéothèque est en train de se mettre en place, avec un aperçu lors de notre prochain colloque où nous vous espérons toujours plus nombreux.



Dr VILLARD

Confraternellement,

Dr Pierre VILLARD, Vice-président CME

### AU SOMMAIRE

- 1- Imagerie de la thyroïde et parathyroïdes, par les Docteurs GEISSLER et JULIEN.
- 2- Le nodule thyroïdien en 2013, par le Docteur BRULPORT-CERISIER.
- 3- Prise en charge chirurgicale des nodules thyroïdiens, par le Docteur FREY.
- 4- Prise en charge des paralysies récurrentielles, par le Docteur SIMON.
- 5- Actualités de l'insuffisance cardiaque, par le Docteur THEVENIN.

Retrouvez l'intégralité des exposés sur le site internet de l'établissement :

[www.hopitalprivedelaloire.fr](http://www.hopitalprivedelaloire.fr)

dans l'onglet « On vous en parle » puis « Les colloques de l'HPL »

Hôpital privé de la Loire (HPL) Saint Etienne

Le Groupe Générale de Santé | Carrières

Nous découvrir Nos pôles d'activités Vous accueillir Votre confort On vous en parle

Préparer mon hospitalisation

Sites internet des praticiens de l'établissement.

établissement multi-disciplinaire

Les colloques de l'HPL

Générale de santé  
HÔPITAL PRIVÉ DE LA LOIRE

39 boulevard de la Palle  
42100 Saint Etienne  
Mail : [hpl.contact@gsante.fr](mailto:hpl.contact@gsante.fr)  
Tél : 0826 30 42 42  
(Coût d'un appel : 0,15€ TTC/min)  
Fax : 04 77 42 29 29

Voir le plan d'accès





## Imagerie de la thyroïde et parathyroïdes, par les Docteurs GEISSLER<sup>(1)</sup> et JULIEN<sup>(2)</sup>

(1) Centre d'Imagerie Nucléaire, (2) Centre d'Imagerie Médical



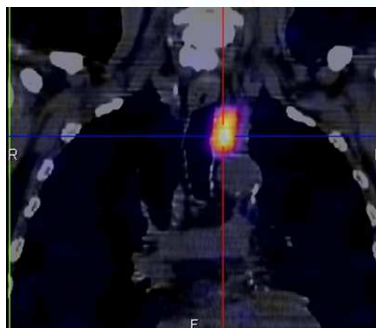
Dr GEISSLER



Dr JULIEN

### Scintigraphie thyroïdienne (Dr GEISSLER)

La scintigraphie thyroïdienne a longtemps été le seul examen d'imagerie disponible dans le diagnostic des pathologies thyroïdiennes. Elle reste prescrite quotidiennement et demeure incontournable dans de nombreuses situations cliniques. Elle consiste à injecter un radiotracteur par voie IV, technétium 99m ou l'iode 123 (traceur le plus physiologique), puis enregistrer des images du fonctionnement de la thyroïde à l'aide d'une gamma-caméra.



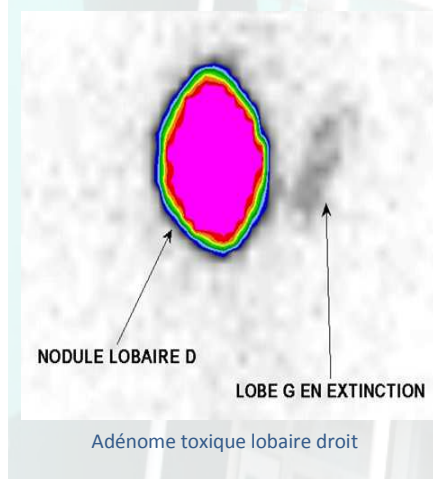
Ectopie thyroïdienne médiastinale en scintigraphie hybride

Grâce aux nouveaux appareils hybrides, il est désormais possible d'obtenir des images en coupes 3 D, particulièrement utiles en cas d'ectopie. On ne parle plus de nodules ou zones « chauds » ou « froids » car ces termes sont issus d'une technique ancienne appelée thermographie ; il est préférable d'utiliser les adjectifs « hyperfonctionnel », « isofonctionnel » ou « hypofonctionnel ».

La scintigraphie thyroïdienne doit toujours être précédée d'une échographie thyroïdienne et du bilan biologique +++.

Les indications standards en 2014 sont le diagnostic étiologique des hyperthyroïdies (TSH < 0.1 mU/l), le bilan avant thérapie par iode 131, la caractérisation de nodules avec TSH < 0.6 mU/l et l'hypothyroïdie congénitale. L'exploration des nodules supracentimétriques avec euthyroïdie est une indication optionnelle.

La scintigraphie thyroïdienne n'est plus indiquée dans l'exploration des hypothyroïdies de l'adulte ou des nodules infracentimétriques avec euthyroïdie.



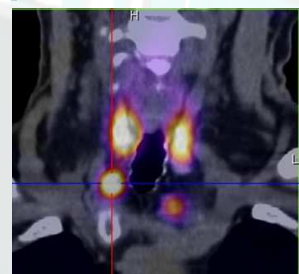
NODULE LOBAIRE D  
LOBE G EN EXTINCTION  
Adénome toxique lobaire droit

### Scintigraphie parathyroïdienne

Le diagnostic de l'hyperparathyroïdie primaire est exclusivement biologique (hypercalcémie + PTH inadaptée). Une fois le diagnostic établi, il convient de rechercher un adénome cible en vue d'une éventuelle chirurgie. Il faut alors prescrire en première intention une scintigraphie parathyroïdienne car c'est l'examen le plus sensible et le plus spécifique, puis une échographie cervicale qui sera réalisée « aux lumières de la scintigraphie ». Le scanner et l'IRM ont peu d'intérêt à l'heure actuelle.

Lors de la scintigraphie, on utilise un traceur appelé MIBI, marqué au technétium : en cas d'hyperparathyroïdie primaire, les glandes non pathologiques, hypofonctionnelles du fait de l'hypercalcémie, ne sont pas visibles ; à l'inverse, les lésions hyperfonctionnelles concentrent le MIBI. Une scintigraphie thyroïdienne est enregistrée en même temps car le MIBI se fixe aussi sur la thyroïde ; les deux scintigraphies sont donc soustraites pour éliminer la fixation thyroïdienne et mieux voir ainsi les parathyroïdes.

Grâce aux nouveaux appareils hybrides, les adénomes ectopiques sont repérés avec une grande précision.



Adénomes parathyroïdiens en scintigraphie

### Echographie thyroïdienne :

#### La classification TIRADS (Dr JULIEN)

Elle a pour objectif d'homogénéiser la description des nodules pour attribuer à chacun un risque de malignité et sélectionner ceux à ponctionner. Elle est basée sur des critères échographiques de forme, de contours, d'échogénicité et de rigidité en élastographie.

TIRADS	Examen normal	Risque de malignité	CAT
TIRADS 1	Examen normal		Pas de surveillance
TIRADS 2	Lésion bénigne	0%	Surveillance ECHO
TIRADS 3	Lésion très probablement bénigne	0.25%	Surveillance ECHO Ponction : > 20 mm ou progression
TIRADS 4	Lésion suspecte	4% 69%	Ponction
TIRADS 5	Carcinome quasi certain	100%	Ponction

La **Cytoponction** est un geste peu invasif et peu douloureux si des aiguilles fines (27G) sont utilisées et si l'on respecte les consignes de prudence en cas de traitement anticoagulant. Les résultats devront être exprimés selon la classification cytologique de BETHESDA. Une nouvelle ponction sera réalisée à 3 ou 6

**CYTOPONCTION THYROIDIENNE**  
Quelles précautions?

**PREPARATION :**  
- Emla / arnica  
- pas d'ASPIRINE pendant 24h

**TRAITEMENT ANTI-COAGULANT :** aucun ne doit être interrompu.  
Seule contre-indication : INR > 3 sous AVK  
Pas d'autre bilan de coagulation

**PRUDENCE :**  
- nodule plongeant / AVK  
- anticoagulants oraux (Xarelto Pradaxa)

BETHESDA	Risque de malignité	CAT
BETHESDA 1	Non significatif	Répéter la ponction
BETHESDA 2	C. thyroïdiennes normales	Surveillance
BETHESDA 3	LFSI (lésions folliculaires de signification indolore)	Répéter la ponction (50% reclassés en bénin)
BETHESDA 4	Tumeur vésiculaire ou oncocytaire	Chirurgie
BETHESDA 5	Suspect de malignité	Chirurgie
BETHESDA 6	Malign	Chirurgie

mois en cas de Bethesda 1 ou 3.



## Le nodule thyroïdien en 2013, par le Docteur BRULPORT-CERISIER, endocrinologue.

Les nodules thyroïdiens sont très fréquents. Ils représentent une hypertrophie localisée du parenchyme et touchent plus fréquemment les femmes (5.3% des femmes contre 0.8% des hommes).

La prévalence des nodules augmente avec l'âge mais aussi grâce aux palpations systématiques et aux explorations cervicales (échographie-doppler artériel et PET-scan).

L'expertise justifie un dosage de TSH. Le dosage de calcitonine est discuté mais celui de la thyroglobuline est inutile.

L'échographie permettra de différencier les différentes structures: adénomes, kystes, foyers de thyroïdite ou cancers. Elle permettra aussi de suivre l'évolutivité des nodules et sera couplée à une cytoponction.

Le devenir du nodule est volumétrique avec un risque compressif trachéal (voire oesophagien). La grossesse est souvent un facteur évolutif majeur. Il peut aussi entraîner une hyperthyroïdie (nodule toxique). Le diagnostic repose sur la scintigraphie thyroïdienne.

Le risque de cancer existe dans 5% des nodules. Il est globalement de bon pronostic surtout pour la forme papillaire.

Les microcarcinomes sont plus fréquents (liées aux thyroïdectomies totales plus systématiques) et expliquent l'augmentation de l'incidence du cancer thyroïdien. Le traitement repose sur la chirurgie et sera couplé en fonction des constatations anatomopathologiques à une dose d'iode curative administrée avec isolement. Dans les suites, la substitution thyroxinique à visée freinatrice sera re-

commandée (TSH basse).

Le nodule est donc rarement une urgence diagnostique. La chirurgie sera proposée en priorité pour les nodules suspects et discutée si compression trachéale ou hyperthyroïdie. Sinon, une surveillance est justifiée et le traitement freinateur par hormone thyroïdienne est actuellement très discuté et est à éviter après 50 ans.



## Nodule thyroïdien : indications chirurgicales, par le Docteur FREY, chirurgien thoracique.

Le Docteur FREY rappelle dans son exposé la définition et les différents types de nodules thyroïdiens. Il aborde ensuite la conduite à tenir et les modalités de la prise en charge selon les recommandations de la Société Française d'Endocrinologie.

**Qui opérer?**

**Nodule**

- Compression
- Toxique
- Cancer
- Suspicion de cancer (TIRADS ≥ 4B, BETHESDA ≥ 3)

Une seule croix → 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 préopératoire.
- Modifications au cours de la surveillance (hémorragie après ponction etc...)
- Bethesda 3 deux fois consécutifs (LFSI) sur nodule plein ou mixte



Dr FREY



## Prise en charge des paralysies récurrentielles post-thyroïdectomies, par le Docteur SIMON, chirurgien ORL.

Après thyroïdectomie, l'incidence des paralysies récurrentielles transitoires est, selon les séries, de 0.8 à 7% et peuvent être définitives dans 1% des cas. Le Docteur SIMON détaille dans son exposé la démarche diagnostique et la prise en charge de ces paralysies.

**IMMOBILITE GLOTTIQUE UNILATERALE**

Rééducation orthophonique

Laryngoplastie de médialisation par injection intra-laryngée

- trans-orale
- Téflon
- Collagène
- Silicone
- Graisse autologue
- percutanée

Médialisation par voie externe ou thyroplastie

Gestes palliatifs

- SNG
- Trachéotomie

**IMMOBILITE LARYNGEE BILATERALE**

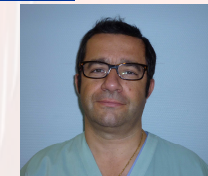
Paralysies bilatérales en fermeture

- Trachéotomie
- Chirurgie élargissement glotte post.:
- Chirurgie endoscopique laser CO2: cordectomie, aryénoïdectomie, cordopexie
- Chirurgie par voie cervicale: intervention de King, de Woodman, Thyrotomie ant

**IMMOBILITE LARYNGEE BILATERALE**

Paralysies bilatérales en ouverture

- Trachéotomie
- Suture épiglottique à la margelle laryngée
- Suture cordes vocales entre elles
- Diversion trachéo-oesophagienne
- Laryngectomie totale
- Réinnervation laryngée: branche descendante du XII



Dr SIMON