

# Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie iodo-induite

Dr JM Thillois

Hôpital Cochin - Hôpital Privé d'Antony

# Préparation classique

- Pour éviter une crise aiguë thyrotoxique post-opératoire
- Préparation traditionnelle par ATS et bêtabloquants qui permet une euthyroïdie en 4 à 6 semaines
- Possibilité d'adjoindre de l'iodure de potassium 8 jours avant l'intervention (Lugol ® XV gouttes x 3/j)

# Thyroïdectomie en urgence (I)

- Situation rare
- Essentiellement représentée par des urgences extra-thyroïdiennes :
  - Cardiaque
  - Ophtalmologique
- Ou par la nécessité de maintenir le traitement par amiodarone
- Autres indications :
  - Grossesse
  - Goitre compressif

# Thyroïdectomie en urgence (2)

- Possibilité de rajouter des corticoïdes à fortes doses à une préparation classique :
  - 200 à 400 mg/j HSHC
  - 50 à 100 mg de prednisone
  - 8 à 15 mg de dexaméthasone
- Indication à une thyroïdectomie totale ou quasi-totale
- Risque per-opératoire majoré, notamment d'hémorragie

# Résultats de la chirurgie<sup>1</sup>

- Intervention sous anesthésie générale
- Mortalité 10%, Morbidité 30%
- Pas de facteurs prédictifs retrouvés influençant la morbidité ou la mortalité

# Conclusion

- La thyroïdectomie est un traitement efficace de l'hyperthyroïdie iodo-induite
- Au prix d'une morbidité et d'une mortalité plus élevée
- Ceci étant essentiellement lié aux comorbidités cardiaques préexistantes.