



LOBO-ISTHMECTOMIE THYROIDIENNE VERSUS THYROIDECTOMIE TOTALE

● **Nicolas JULIEN**

Club thyroïde Ile-de-France 23 juin 2012

- ARGUMENTS CLINIQUES,
ECHOGRAPHIQUES, CYTOLOGIQUES,
HISTOLOGIQUES
<<<< THYROIDECTOMIE TOTALE (maladie de
BASEDOW, cancers, GMN volumineux ou
hyperthyroïdiens ...)

- NODULE UNIQUE +/-
MULTIMICRONODULAIRE (< CM)
 - TENDANCE : THYROIDECTOMIE TOTALE
 - BONNE STRATEGIE OU ATTITUDE
EXAGEREE ?
 - LOBECTOMIE ?



EVOLUTION SPONTANEE DES NODULES THYROIDIENS BENINS (1)

- NODULES THYROIDIENS UNIQUES :
 - 22 % DISPARITION SPONTANEE (**Cheung**)
 - 15 % LIQUIDIENS PONCTIONNES NON RECIDIVES
 - EVOLUTION VERS UN GMN (4 à 10%) (**Kossowski**)
 - LES AUTRES : AUGMENTATION DE TAILLE, HEMATOCELE AIGUEE, GOITRE ENDOTHORACIQUE ...
- NODULES CHAUDS NON FONCTIONNELS (15 à 20 % DES NODULES) EVOLUENT VERS L'HYPERTHYROIDIE (NODULE TOXIQUE OU GMN HYPERTHYROIDIEN)



EVOLUTION SPONTANEE DES NODULES THYROIDIENS BENINS (2)

- THYROIDITE D'HASHIMOTO A FORME NODULAIRE <<<< LYMPHOME
- MICRO CANCERS PAPILLAIRES AU VOISINAGE D'UN NODULE BENIN : COINCIDENCE OU PATHOLOGIE REACTIONNELLE ?
- ADENOME VESICULAIRE AVEC ATYPIES NUCLEAIRES (EFFRACTION CAPSULAIRE ET/OU EMBOLIES TUMORALES INTRAVASCULAIRES) : EVOLUTION NATURELLE ?



- PATHOLOGIE TRES VARIEE <<<<<
THYROIDECTOMIE TOTALE, SIMPLE
SURVEILLANCE, LOBECTOMIE
- DEFINIR DES CRITERES < INDICATIONS
- OBJECTIFS :
 - NE PAS MECONNAITRE UN CANCER
 - EVITER LES REINTERVENTIONS PRECOCES
(CANCER) OU TARDIVES (RECIDIVE
NODULAIRE)



LOBO-ISTHMECTOMIE VERSUS THYROIDECTOMIE TOTALE (1)

- FIABILITE DES PROCEDURES PERMETTANT DE DEFINIR LE GESTE CHIRURGICAL :
 - PRE OPERATOIRE : ECHOGRAPHIE (TI-RADS), CYTOLOGIE (BETHESDA)
 - PER OPERATOIRE : EXTEMPORANE (SPECIFICITE 100%, SENSIBILITE 58%) (Makay O, Endoc J 2007)



LOBO-ISTHMECTOMIE VERSUS THYROIDECTOMIE TOTALE (2)

- MORBIDITE (rapport SFORL 1995, étude CATHY 2011) :
 - PR (LOBECTOMIE : 0.64 à 1,2%, THYROIDECTOMIE TOTALE : 1.25 à 2,2%)
 - HYPOPARATHYROIDIE : 1 à 3%
- RESULTATS A TERME :
 - HYPOTHYROIDIE de 1 (Hegedüs L, NEJM 2004) à 8% (Johner A, Ann Surg Oncol 2011)
 - RECIDIVE NODULAIRE : 3 à 28% (Phitayakorn R, World J Surg 2008)



CONCLUSION

- LOBECTOMIE TOTALE EXTRA CAPSULAIRE
(pas de mur postérieur ni de clochette polaire supérieure)
 - INFORMATIONS CLINIQUES, INTERROGATOIRE, ECHOGRAPHIQUES, CYTOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES
 - DESIR DU PATIENT, CONVCTIONS DE CHACUN
 - CONFORME AUX RECOMMANDATIONS **ATA 2009**



REVISED ATA MANAGEMENT GUIDELINES 2009

- 24 : PATIENT AVEC UN NODULE SOLITAIRE LIMITE, INDETERMINE ET QUI PREFERE UNE PROCEDURE CHIRURGICALE PLUS LIMITEE : LA LOBECTOMIE EST RECOMMANDEE (C)
- 25a : THYROIDECTOMIE TOTALE EN CAS DE TUMEUR SOLITAIRE DE PLUS DE 4 CM QUAND LA BIOPSIE CONSTATE DES ATYPIES MARQUEES, EN CAS DE SUSPICION DE CARCINOME PAPILLAIRE, EN CAS D'ATCD FAMILIAUX DE K THYROIDIENS OU PERSONNELS D'IRRADIATION (A)
- 25b : EN CAS DE NODULES BILATERAUX OU LORSQUE LE PATIENT VEUT EVITER UN EVENTUEL GESTE CONTROLATERAL DANS LE FUTUR : INDICATION A UNE THYROIDECTOMIE TOTALE (C)



CONCLUSION

- EVITE LE TRAITEMENT SUBSTITUTIF (90%)
- DIMINUE LE RISQUE OPERATOIRE (PR, HYPOPARA)
- EXPOSE A UN FAIBLE RISQUE DE REINTERVENTION :
 - PRECOCE POUR K (8%, COHORTE PITIE 2007-2011)
 - A DISTANCE POUR RECIDIVE NODULAIRE : RARE (7%, RAPPORT SFORL 1995)

