

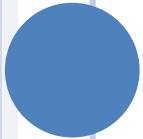
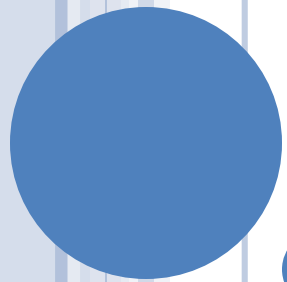


**ATA 2014**

**RECOMMANDATIONS CHIRURGICALES**

**Club thyroïde Ile de France**

**30 mai 2015**



# INDICATIONS

○ Recommandation n°10 :

- En cas de **cytologie non contributive** la chirurgie doit être considérée à titre **diagnostique** en cas de forte suspicion échographique, augmentation rapide de volume ou présence de facteurs de risque de malignité



- Recommandation n°27 :

- Chirurgie des nodules bénins > 4 cm et/ou compressifs

- Recommandation n°28 :

- Nodules kystiques récidivants bénins symptomatiques : chirurgie ou injection d'éthanol



○ Recommandation n°15 :

- En cas **d'atypies de significations indéterminées répétées**, une simple surveillance ou un geste chirurgical diagnostique peuvent être proposés en fonction des facteurs de risques, aspect échographique, tests moléculaires, choix du patient.



○ Recommandation n°19 :

- En cas de nodule solitaire de cytologie indéterminée, une **lobectomie** est indiquée avec totalisation secondaire en cas de pathologie maligne

○ Recommandation n°20 :

- A. Compte tenu du risque de malignité, une thyroïdectomie totale peut être proposée en cas de mutation BRAF, suspicion échographique, taille > 4 cm, facteurs de risque personnels ou familiaux.
- B. En cas de nodules bilatéraux ou pour les patients voulant éviter l'éventualité d'une totalisation secondaire, on peut proposer d'emblée une thyroïdectomie totale.



○ Recommandation n°16 :

- En cas de **néoplasme folliculaire** la chirurgie peut être proposée pour l'exérèse et le diagnostic histologique si les tests moléculaires n'ont pas été réalisés ou ne sont pas contributifs.

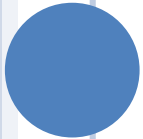
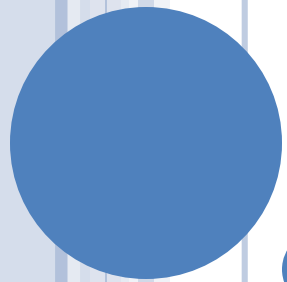


- Recommandation n°12 :

- En cas de cytologie en faveur d'un **carcinome différencié** thyroïdien, la chirurgie est généralement recommandée. Une surveillance peut être considérée en cas de :
  - Tumeur à « très faible risque » (MCP, N0 et cytologie non agressive)
  - Espérance de vie courte
  - Pathologie intercurrente prioritaire







# **GESTE CHIRURGICAL**

○ Recommandation n°35 :

- A. T3, T4, N1, M1 : thyroïdectomie totale (TT)
- B. T1b, T2, cN0 : TT ou lobectomie
- C. T1a, cN0 : lobectomie
- D. T3, T4, N1 : totalisation chirurgicale secondaire en cas de pathologie qui aurait justifié une TT avec curage central thérapeutique si cN1



- Recommandation n°36 :

- A. Curage central thérapeutique (secteur VI) si cN1a
- B. Curage central prophylactique (ipsi ou bilatéral) cN0 avec (T3 ou T4) et cN1b
- C. Pas de curage central prophylactique pour (T1 ou T2), les papillaires (cN0) et la plupart des folliculaires

- Recommandation n°37 :

- Curage latéral thérapeutique en cas de preuve échographique et/ou biopsique de l'atteinte ganglionnaire latérale



- Recommandation n°71 : Attitude face à une suspicion de récurrence ganglionnaire ou de persistance
  - Curage cervical thérapeutique central et/ou latéral pour des ganglions prouvés par biopsie  $\geq 8$  mm en central et  $\geq 10$  mm en latéral.

