

# La Thyroïdectomie au Val d'Ouest

Dr Frédéric MICHEL

ORL et Chirurgie de la Face et du Cou

Dr François ROBERT

Endocrinologie

DR Vincent SCHREIBER

Chirurgie digestive

Clinique du Val d'Ouest

Congres du Val d'Ouest  
Samedi 2 octobre 2021



# Introduction

› Eur Arch Otorhinolaryngol. 2002 Apr;259(4):217-21. doi: 10.1007/s00405-002-0455-0.

## Multinodular goiter: surgical management and histopathological findings

Jean-Michel Prades<sup>1</sup>, Jean-Marc Dumollard, Andrei Timoshenko, Larbi Chelikh, Frederic Michel, Bruno Estour, Christian Martin

Affiliations + expand

PMID: 12064511 DOI: 10.1007/s00405-002-0455-0

### Abstract

The purpose of this study was to assess histopathological findings after a bilateral near-total thyroidectomy (residual thyroid tissue about 4 to 5 g) for multinodular goiter (MNG). The 270 patients included 238 women and 32 men with a mean age of 52 years (range: 19-82 years) who had MNG involving the entire gland and had undergone a primary bilateral surgical procedure between 1993-1998. There was no intra- or postoperative mortality. Indications for the MNG surgery were suspected malignancy (7.7%), thyrotoxicosis (27.7%), pressure on cervical structures with tracheal deviation (38%), significant cosmetic deformity in young female patients (6.6%) and intrathoracic extension of the MNG (19.6%). Grave's disease was not included in our study. The surgical specimen weight ranged from 60 to 560 g (average 120 g). Final pathological findings were benign in 237 patients (87.8%) and malignant in 33 patients (12.2%). Nineteen patients were diagnosed with macroscopic (ten patients) or microscopic (nine patients) types of papillary carcinoma: there were two patients with the follicular variant of papillary carcinoma, three with lymphoma and Hashimoto's thyroiditis, three with medullary carcinoma, three with anaplastic carcinoma, two with follicular carcinoma and one with Hurthle cell carcinoma. A true total completion thyroidectomy was performed only for the medullary carcinoma patients and for four of the "high-risk" papillary carcinoma patients. Permanent (>12 months) unilateral recurrent paralysis occurred in four patients (1.4%), permanent (>12 months) hypoparathyroidism in ten patients (3.7%) and hypertrophic or keloid scar in 14 patients (5.1%). Our results suggest that near total thyroidectomy with minimal residual tissue is a versatile surgical procedure for various histopathological features in MNG patients. Low rates of postoperative complications were observed.

## Thyroplastie avec implant de Montgomery sous anesthésie locale dans les paralysies laryngées unilatérales

F. Michel, S. Hans, L. Crevier-Buchman, D. Brasnu, M. Menard, O. Laccourreye

Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, hôpital européen Georges Pompidou, assistance publique des hôpitaux de Paris, université Paris V, 20-40 rue Leblanc, 75015, Paris.  
Télex à part : O. Laccourreye, adresse ci-dessus.  
E-mail : olivier.laccourreye@hop.egp.ap-hop-paris.fr  
Reçu le 27 février 2003. Accepté le 4 juillet 2003.

# Introduction

- ▣ Le but de cette présentation est de mettre en évidence le travail collégial entre MG-endocrino-radiologue-histologiste-chirurgien pour **bilan** et décision **sans urgence** du plan de soin patient **personnalisé**.
- ▣ Le point de départ est le patient et ses ATCD, une femme de 40-70 ans avec nodule ou goitre CLINIQUE pour laquelle il faudra décider de surveiller ou d'opérer.
- ▣ Thyroïdectomies : 35.000/an en France.
- ▣ Pop° nodule ~ 50%. 95% bénins. 30%kc autopsie
- ▣ Présentation synthétique et générale issue des recos

# Bilan pré thérapeutique nodule/goitre clinique

- ▣ Biologie TSH qui décide si (sinon scinti):
- ▣ Echographie nodule charnu >1cm qui décide si :
- ▣ Cytologie
- ▣ Examen ORL complet du cou (ADP)
- ▣ Indication ttt ou surveillance (R Kc, dysthyr., Xce)
  
- ▣ But est d'éviter le surdiagnostic de cancer.
- ▣ bio préop avec Calcémie et dosage calcitonine

# Echographie: EU-Tirads

(European-Thyroid Imaging reporting and Data System)

- ▣ Caractéristiques de chaque nodule + gg pour le suivi
- ▣ But: éviter les cytoponctions inutiles

## CATÉGORIES EU\_TIRADS ET RISQUE DE MALIGNITÉ

Catégories	Caractéristiques échographiques	Risque de malignité %
<b>EU-TIRADS 1: normal</b>	Pas de nodule	None
<b>EU_TIRADS 2: bénin</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kyste</li><li>- Entièrement spongiforme</li></ul>	≈ 0
<b>EU_TIRADS 3: faible risque</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ovale, régulier, iso/hyperéchogène</li><li>- Absence de critères de haut risque</li></ul>	2-4
<b>EU_TIRADS 4: risque intermédiaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ovale, régulier, modérément hypoéchogène</li><li>- Absence de critères de haut risque</li></ul>	6-17
<b>EU_TIRADS 5: Haut risque</b>	Au moins 01 des critères de fortes suspicion suivants: <ul style="list-style-type: none"><li>- Forme irrégulière</li><li>- Contours irréguliers</li><li>- Microcalcifications</li><li>- Fortement hypoéchogène (et solide)</li></ul>	26-87

# Cytoponction: Bethesda FN=1%

- ▣ Ft EU-Tirads 3 à 5 pour axe de taille 20 à 10 mm (X3Ad)

Tableau. Système de Bethesda.

Catégories cytologiques	Risque de malignité (%)	Conduite à tenir proposée
<b>I - Non diagnostique</b>	1-4	2 <sup>e</sup> cytoponction échoguidée à 3 mois
<b>II - Bénin</b>	0-3	Surveillance échographique
<b>III - Atypies de signification indéterminée (ASI)/ lésion folliculaire de signification indéterminée (LFSI)</b>	5-15	2 <sup>e</sup> cytoponction échoguidée à 3-6 mois
<b>IV - Néoplasme folliculaire (NF)</b> Néoplasme folliculaire à cellules oncocytaires (NFO)	15-30	Chirurgie (lobectomie)
<b>V - Suspect de malignité</b>	60-75	Chirurgie (thyroïdectomie ou lobectomie)
<b>VI - Malin</b> (type de cancer suspecté à préciser)	97-99	Chirurgie (thyroïdectomie)

# Indications thérapeutiques nodule

- ▣ Pas de L-thyroxine
- ▣ Surveillance simple si écho et cyto rassurantes Beth II
- ▣ Chirurgie après avis médico-chir sans urgence si :
  - suspect Bethesda IV, V, VI
  - +/- si croissance ft 2<sup>e</sup> Cyto Bethesda III.
  - +/- si nodule de 4 cm EU-Tirads 4,5 Bethesda II contrôlé
  - Lobectomie si nodule isolé (puis 40% de L-Thyrox)
  - Thyroïdectomie totale si nodules bi >10 mm ou Beth VI
- ▣ A part : nodules chauds.
- ▣ Chir ou alternatives ttt si kyste ponctionné et nodules Beth II symptomatiques ou demande esthétique

# Indications thérapeutiques goitre

- ▣ Goitre ttt balance B/R. + de cancer + âgé. **Surveillance**
- ▣ Goitre plongeant (palpation inf impossible) : même bilan+TDM injectée. 5% de mortalité spontanée. Plus de complications. Voie d'abord.
- ▣ **Chirurgie si:**
  - Concordance **suivi évolutif** écho/cyto GMNH
  - Compression (trachée, âge): gêne, dyspnée, dysphagie, SAOS.
  - A discuter si un nodule de plus de 40mm.
  - Si ADP suspecte (voire cytologie).
  - Chirurgie totale ft lobe controlatéral.
  - A part hyperthyroïdie réfractaire au ATS ou nec de Cordarone



# Traitement chirurgical du cancer différencié

- ▣ Base **Thyroïdectomie totale** et ADP significatives pour réduire le risque métastatique.
- ▣ Faciliter le suivi et le traitement I131.
- ▣ Curage ganglionnaire si Nc+ ou T3T4
- ▣ Critères Proc : AGES (<45, F, Extension:0, <2cm: bon)
- ▣ Exceptions
  - microKc <10mm isolé : surveillance ou lobectomie ft âge.
  - Après lobectomie (Bethesda III,IV,V) si bas risque de récidence: unique, NIFP, AGES alors surveillance possible. RCP.
- ▣ A part CMT et anaplasique

# Procédure habituelle

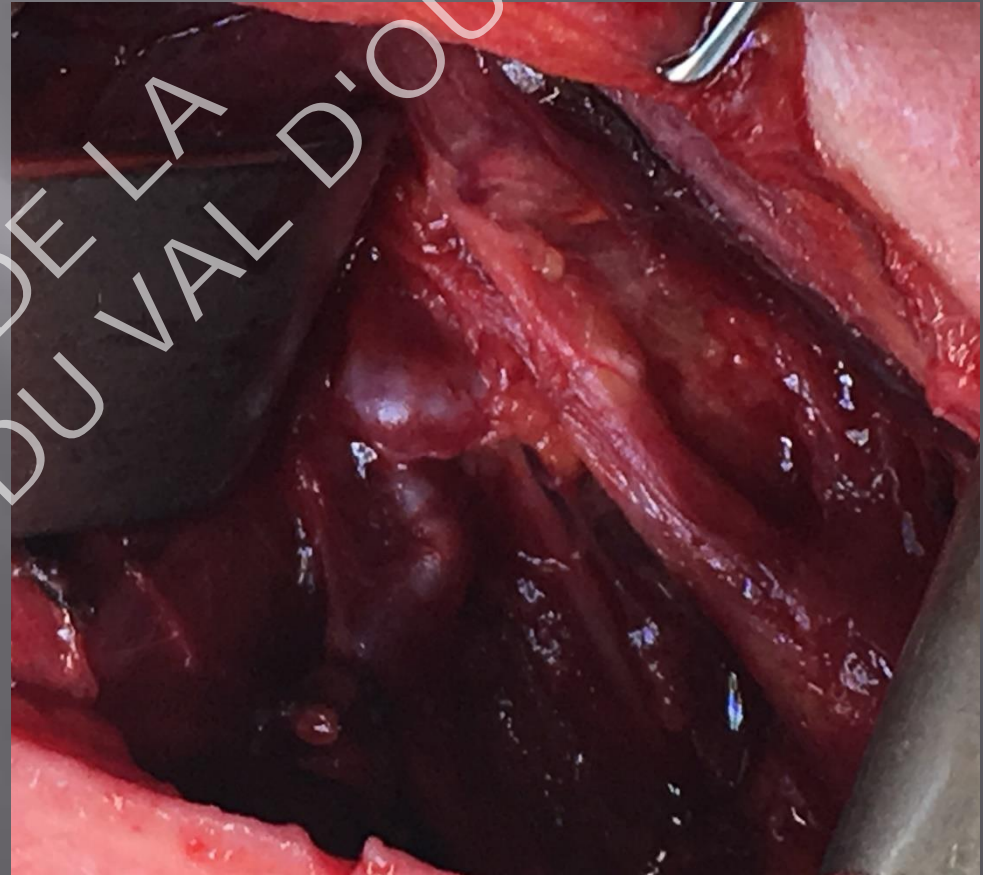
- ▣ AG. 1 à 2 nuits, NIM si thyroïdectomie totale
- ▣ Extempo que pour Bethesda V.
- ▣ Suites simples >95% des cas, Ca si totale, AT 3S
- ▣ Gestion de l'hormonothérapie
  
- ▣ A part : ambulatoire/hypnose

PROPRIÉTÉ DE LA D'ORIENT  
CLINIQUE DU

# Technique

## Lobectomie / Thyr totale :

- ▣ Extra capsulaire contact : complet, avasculaire et paraT
- ▣ Peau-pole sup-VTM-VTI-isthme-post-ATI-pT-NLI-Gruber-drain-surjet.



# Technique Goitre



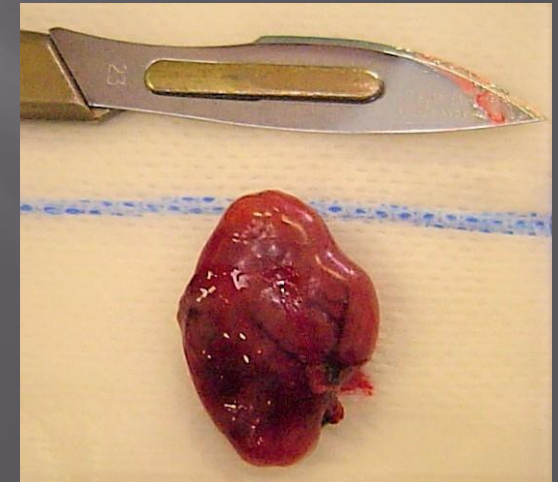
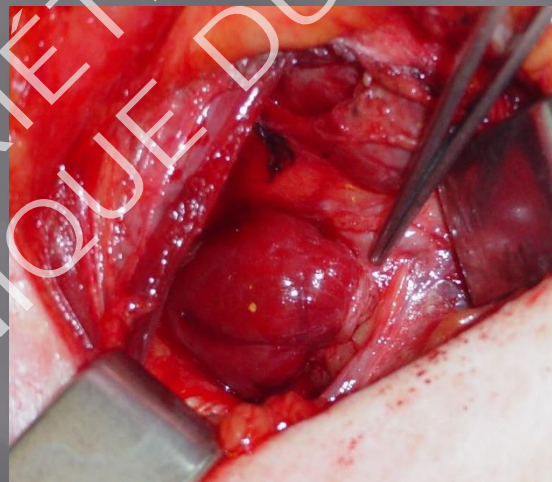
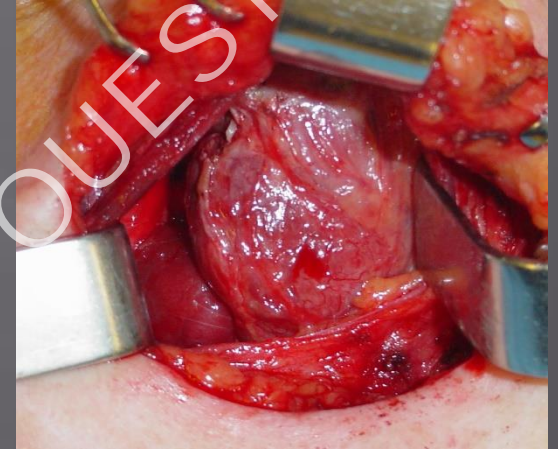
PROPRIÉTÉ DE LA CLINIQUE DU VAL D'OUEST

# A part adénome parathyroïdien

Hyperpara laire:  
Hypercalcémie  
et PTH élevée  
chez un patient  
jeune sympto.

Echo thyr et  
Scinti MIBI +.  
Chirurgie.

Si echo- et Scinti-  
alors exploration bi





## Complicat°

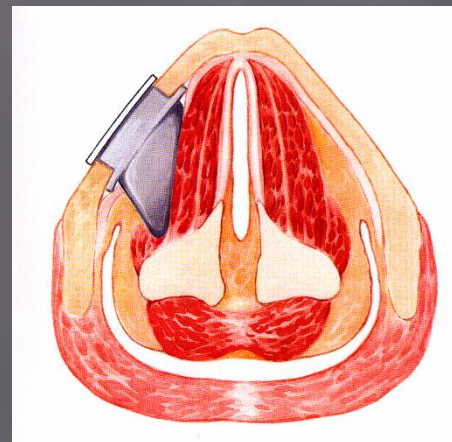
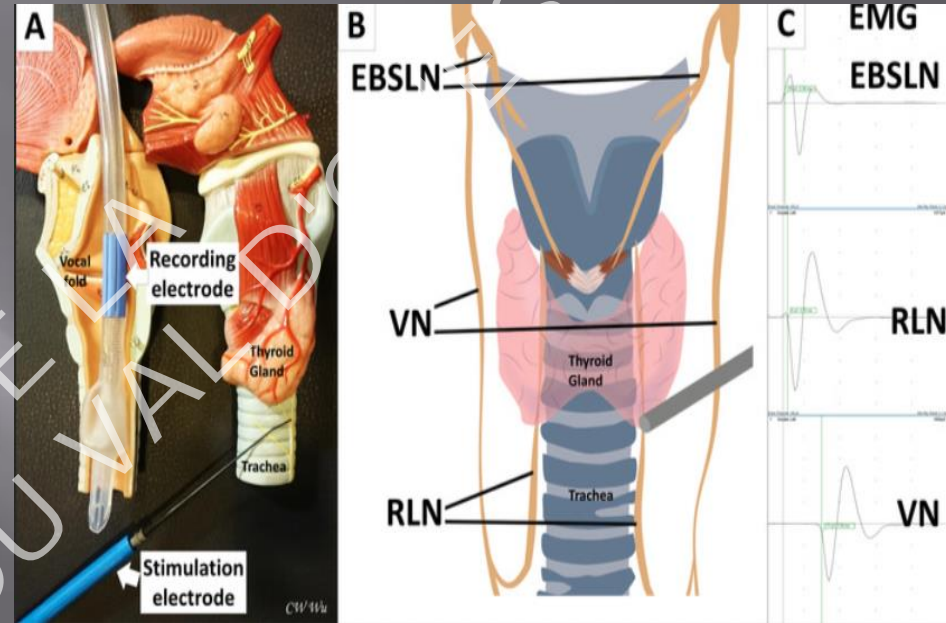


- ▣ Plus fréquentes pour goitre plongeant, cancer, thyroïdite et reprise opératoire.
- ▣ Hématome compressif (0,3%): thyroïdite
- ▣ Paralysie laryngée (1-2% ft geste)
- ▣ Hypoparathyroïdie (1-5% ft geste)
- ▣ Trouble de la cicatrisation (4%)

# Complicat° 1 CV

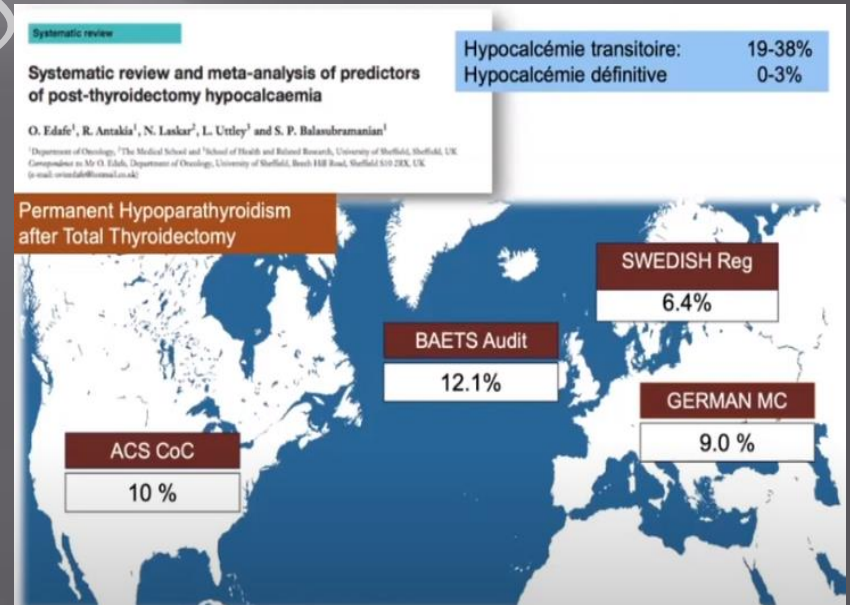
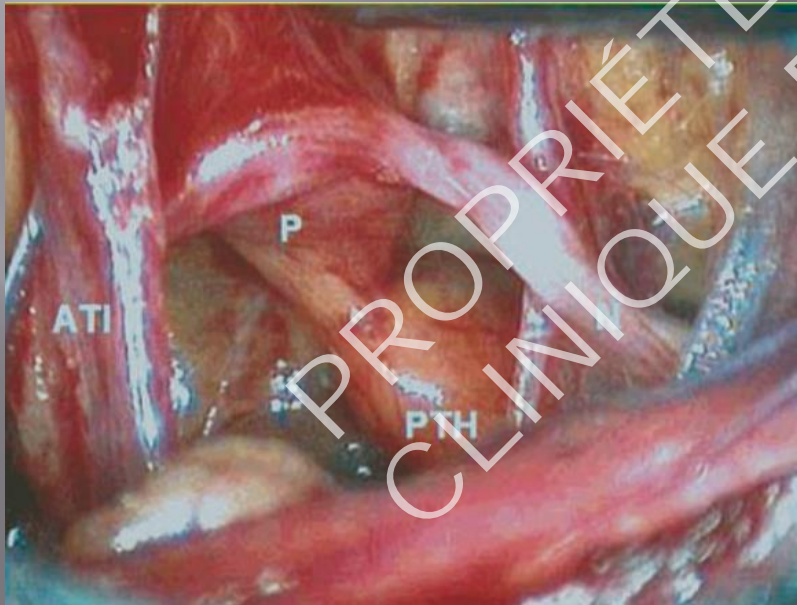


- Hématome compressif (0,3%): thyroïdite
- Paralysie laryngée (1-2% ft)
  - Dysphonie Parésie unilat
  - Dyspnée Paralysie bilat 0,2%
- NIM (nerf integrity monitoring) : 0 consensus mais systématique
- Suites : surv., orthophonie, thyroplastie



# Complicat° 2 : Ca

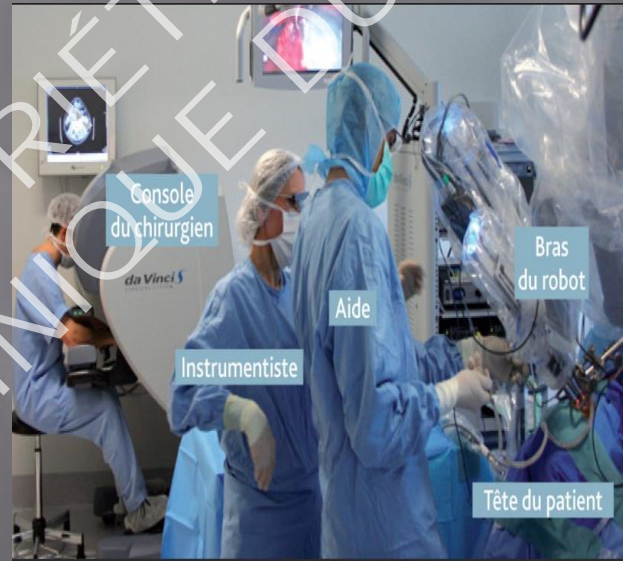
- ▣ Hypoparathyroïdie (1-5% ft geste) voire 10%
  - FDR: gros goitres, dysthyroïdie, Kc, curage gg, reinterv.
  - Difficulté chir : taille, aspect, variabilité position.
  - Surv: cinétique Ca post op J1 et J4 sauf SC (1,8-2 mmol/l).
  - Parfois preop 1 alfa 10 jours. Correction hypo VitD





# Avenir - Améliorations

- ▣ Sélection des patients
- ▣ Traitements médicaux
- ▣ Techniques chirurgicales robotique axillaire et endobuccale (cicatrices: Rapport bénéfices/couts Règle des 2)
- ▣ Autofluorescence et Vascul° des PT (vert d'indocyanine)

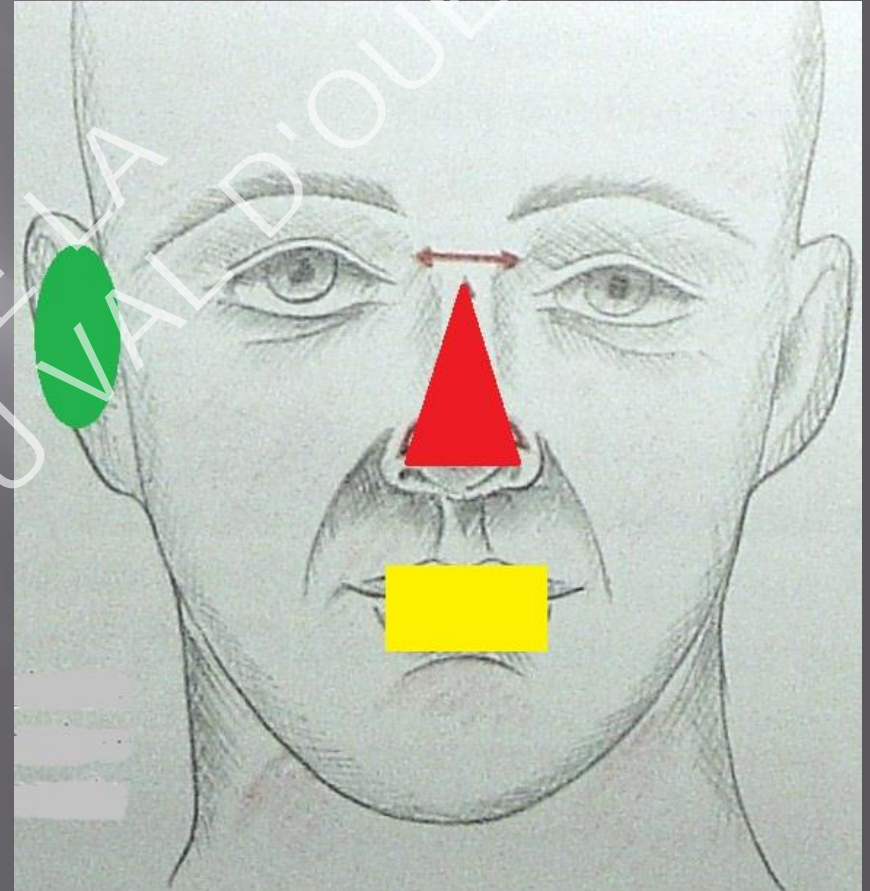


# Conclusions thyroïdectomie CVO

- ▣ **CVO ac équipe complète:** Endoc-radio-cyto-chir.
- ▣ Ind<sup>o</sup> chirurgicale dans un **plan de soin personnalisé.**
- ▣ Bilan et prise en charge en constante évolution pour **éviter le surDc de Kc:** 0 bilan sans signe clinique, 0 cyto si nodule  $\leq 10$  mm, 0 chir si pas de risque évolutif.
- ▣ En revanche **opérer tôt patients éligibles** pour réduire les risques de maladie évolutive et de complications.
- ▣ Je vous remercie de votre confiance à venir.

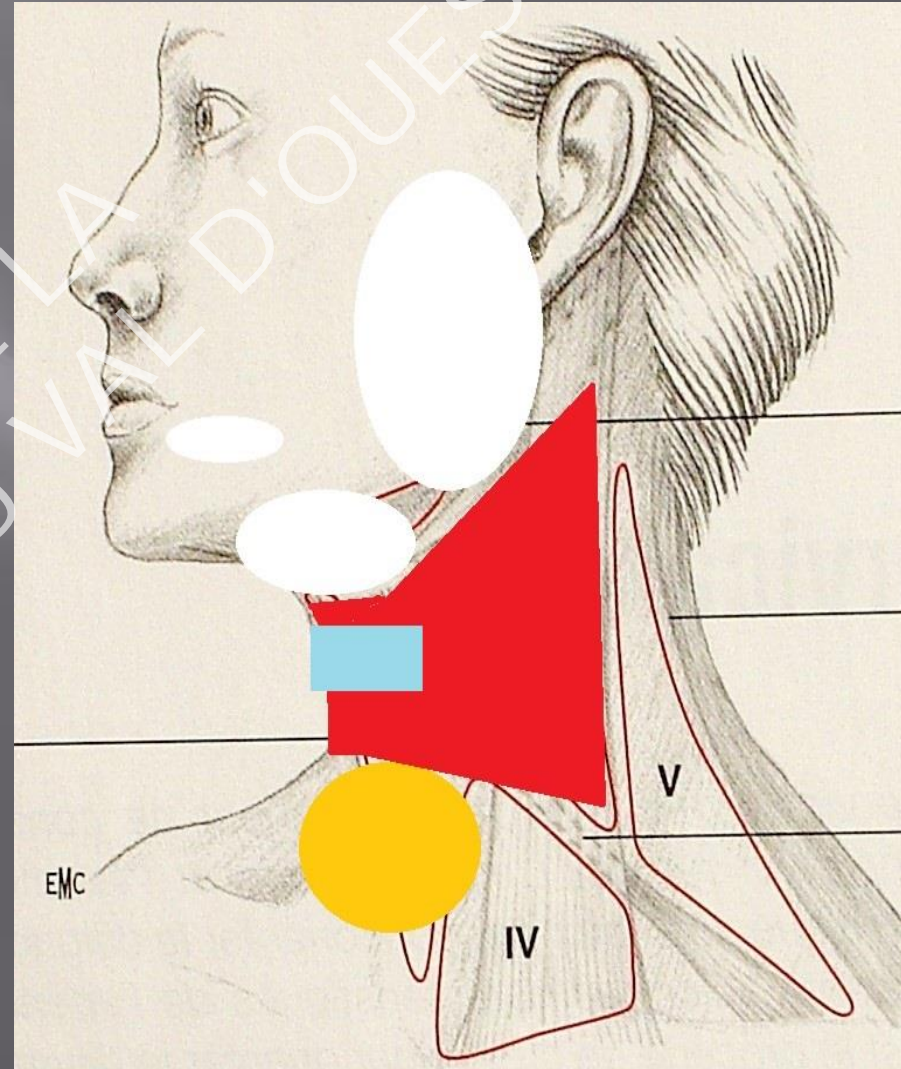
# Chirurgie ORL Ad/Enft Dr MICHEL

- ▣ Pharynx
  - HAVA
- ▣ Nez
  - Septo et Rhinoplastie
  - OPN
  - Chirurgie des sinus
- ▣ Oreille
  - ATT
  - Otoplastie
  - Tympanoplastie
- ▣ Lésions cutanées de la face et cou : naevus, kystes, CBC, CE et lambeaux.



# Chirurgie ORL Ad/Enft Dr MICHEL

- ▣ Glandes salivaires: Parotide, Sous maxillaire, Sublinguale.
- ▣ Gl des endocrines: Thyroïde et parathyroïde.
- ▣ Cou et Kc VADS : malformations embryonnaires (KTT et fistules branchiales), adénectomie et curages.
- ▣ Microchirurgie cordes vocales



MERCI A TOUS  
POUR VOTRE ATTENTION



val d'ouest